FORUM NATIONAL SUR LA SANTÉ
NATIONAL FORUM ON HEALTH

Compte rendu

du Dialogue :

À la recherche de solutions pour la santé et les soins de santé

Toronto (Ontario)

du 19 au 21 avril 1996

Canada

Publié par :
Forum national sur la santé
Boîte postale 2798
200, rue Kent, 4e étage
Ottawa (Ontario)
K1P 6H4

Télécopieur : (613) 954-0947
Courrier électronique : forum@hpb.hwc.ca
www : http://www.hwc.ca:8200

Juillet 1996

TABLE DES MATIÈRES

Compte rendu de la conférence

Annexes

A. Allocution de l'honorable David Dingwall
B. Exposés des séances plénières
C. Questions à l'étude
D. Notes des ateliers
E. Liste des participants et des participantes

COMPTE RENDU DE LA CONFÉRENCE

Les Canadiens et les Canadiennes sont fiers de leur système de santé, mais ils s'inquiètent des coûts qu'il engendre et tiennent à en préserver l'universalité et la qualité. Le Forum national sur la santé a été créé en réponse à ces préoccupations. Dans le cadre de son mandat, il s'est engagé à amorcer un dialogue avec la population afin d'esquisser les orientations futures en s'inspirant des valeurs fondamentales enchâssées dans la *Loi canadienne sur la santé*.

Depuis sa création, le Forum se penche sur des questions précises, mène de vastes consultations publiques et élabore des hypothèse de solution qu'il soumet à l'étude et à la discussion. Pour ce faire, il a constitué quatre groupes de travail, centrés sur les quatre grands thèmes qui l'intéressent : les déterminants de la santé, la prise de décisions fondées sur des données probantes, les valeurs, et l'atteinte d'un équilibre.

OBJECTIFS DE LA CONFÉRENCE

Suite aux consultations publiques menées auprès des collectivités à travers le Canada, le Forum national sur la santé a organisé une Conférence des intervenants, sous le thème *À la recherche de solutions pour la santé et les soins de santé*, à Toronto du 19 au 21 avril 1996. Quelque 200 personnes y ont participé. Elles venaient des milieux de la santé et des soins de santé ainsi que d'organisations et d'associations nationales, provinciales et locales.

La conférence avait pour objectifs :

- de présenter et d'étudier les principales questions sur lesquelles les quatre groupes de travail du Forum se penchent;
- de recueillir les avis pertinents et opportuns des intervenants sur ces questions;
- de recueillir des idées nouvelles et de dégager les enjeux de l'heure;
- de relever et de comprendre les divergences d'opinions possibles entre les membres du Forum, les intervenants et le grand public, ainsi que les questions sur lesquelles ils pourraient s'entendre.

Pour réaliser ces objectifs, les organisateurs ont donné à la conférence la forme suivante :

- la présentation en séance plénière d'exposés destinés à renseigner les participants et les participantes sur l'optique et les travaux du Forum;
- trois séries d'ateliers destinés à permettre le dialogue et à orienter la discussion;
- la présentation en séance plénière des comptes rendus des ateliers, faisant ressortir la portée et l'orientation des discussions en ateliers et permettant aux porte-parole de

faire part à l'assemblée de leurs réflexions sur des sujets précis et sur l'ensemble de la conférence.

Le présent compte rendu contient les points saillants des séances plénières ainsi que les principaux points qui se sont dégagés des ateliers sur chacune des grandes questions à l'étude. Le texte intégral des exposés et les notes des ateliers est présenté en annexe.

OUVERTURE DE LA CONFÉRENCE

Madame Judith Ritchie, présidente de la conférence, ouvre officiellement la conférence. Elle souligne l'importance de la conférence dans le processus de consultation du Forum. Ce dialogue avec les responsables des politiques, les décideurs, les fournisseurs de services, les chercheurs et les consommateurs marque la fin de la première étape des travaux du Forum. Le Forum commencera ensuite à faire la synthèse de ses constatations et à élaborer des options et des orientations pour l'avenir.

Le Dr Tom Noseworthy, président du Comité directeur du Forum, décrit le mandat du Forum et donne un aperçu de son plan de travail. Il expose le processus de consultation publique dans ses grandes lignes et signale que la présente conférence met fin à la première étape de ce processus. Les membres du Forum tiendront bien compte des avis exprimés au cours de la conférence, ainsi que des mémoires qui leur seront adressés, lorsqu'ils feront la synthèse de leurs constatations. Ils comptent aussi mettre à l'épreuve les orientations qu'ils envisagent avant de présenter leurs recommandations finales au gouvernement.

Allocution d'ouverture — l'honorable David Dingwall, ministre de la Santé
Accueillant les participants au «dialogue avec le Forum national sur la santé», M. Dingwall signale qu'à l'issue de ses travaux, le Forum présentera un rapport au gouvernement du Canada et souligne son importante contribution à l'avenir du système de soins de santé et à la santé de la population. Les recommandations qui seront formulées dans ce rapport s'adresseront non seulement au gouvernement, mais à la population du Canada aussi.

Le Ministre passe en revue les principaux éléments du cadre d'action actuel. Il fait état, entre autres, de la nécessité pour tous les intéressés, en particulier les gouvernements fédéral et provinciaux, de collaborer à la réalisation de leurs objectifs communs, de l'engagement du gouvernement fédéral à assurer aux provinces un financement stable, et du caractère immuable des principes contenus dans la *Loi canadienne sur la santé*.

Exposant les priorités du gouvernement en matière de santé, le Ministre présente plusieurs exemples de situations où les besoins, les coûts des services, l'organisation des soins ou l'accès aux services posent des problèmes. Dans ce contexte, il mentionne la santé des femmes et la création de centres d'excellence par le gouvernement; l'accès adéquat des communautés autochtones à des professionnels de la santé dans leurs localités; les questions qui touchent de près les enfants, en particulier la lutte contre le tabagisme chez les jeunes; l'accès, par les personnes âgées, aux produits et aux soins de santé, ainsi que la question de l'accroissement de la consommation de médicaments au Canada et des coûts qui s'y rattachent. Il signale que la prévention de la maladie et la promotion de la santé sont des éléments essentiels de la stratégie fédérale en matière de santé.

En conclusion, le ministre précise ce qu'il attend des travaux du Forum et réitère l'importance de la présente conférence.

SÉANCE PLÉNIÈRE I

La première séance plénière avait pour objet de décrire brièvement les travaux et les orientations du Forum et de chacun de ses quatre groupes de travail. Elle visait aussi à préparer le débat sur les questions à l'étude dans le contexte global de la santé.

Les déterminants de la santé — Marc Renaud
Le Groupe de travail sur les déterminants de la santé s'est donné pour mission de documenter l'impact des déterminants non médicaux sur la santé et d'établir quelles politiques peuvent être adoptées pour améliorer la santé de la population canadienne.

Pour mieux comprendre la nature de ces rapports de causalité et leur portée sur les groupes cibles, le Groupe de travail a commandé plus de 30 documents-synthèse auprès d'experts canadiens. Puisqu'il s'aventure sur un terrain complètement nouveau, il a demandé aux spécialistes de lui fournir des exemples d'histoires à succès et de leçons à tirer au sujet des déterminants de la santé. Cela a mené le groupe à poser des questions aux participants et à solliciter leurs avis sur les déterminants non médicaux de la santé. Le Groupe de travail est-il dans la bonne voie? Quelles sont les priorités? Quels moyens faut-il prendre pour réaliser les objectifs?

Les valeurs — Nuala Kenny
Le Groupe de travail sur les valeurs tente de définir ce qu'il faut entendre par «valeurs», de cerner les valeurs qui sont chères à la population canadienne, et d'en déterminer la portée sur la politique gouvernementale.

Plus que toute autre structure sociale, le système de soins de santé incarne des valeurs qui sont chères à la population canadienne. Que savons-nous des choses auxquelles les Canadiens et les Canadiennes disent accorder de l'importance en tant que société? Que savons-nous de la portée de ces valeurs sur le système de soins de santé? À partir de tous les avis et renseignements recueillis, le Groupe de travail formulera un ensemble de valeurs morales nationales qu'il comparera avec les principes de la *Loi canadienne sur la santé*. Il se peut en outre que le Forum recommande la création d'un conseil consultatif national de l'éthique.

Le défi qui se pose au Forum et aux participants et participantes est de définir et de comprendre ce que nous entendons par «équitable», et de décider comment appliquer un tel concept à la prise de décisions.

L'atteinte d'un équilibre — Tom Noseworthy
Lors de la première réunion du Forum, l'un des thèmes dominants qui se sont dégagés des discussions était la nécessité de se pencher sur la répartition équilibrée des ressources au sein du système de soins de santé et entre le système de soins de santé et les autres secteurs d'intérêt public. Le Groupe de travail sur l'atteinte d'un équilibre est chargé d'étudier la nature, les modalités et l'ampleur des ajustements à apporter pour équilibrer l'utilisation des ressources disponibles de manière à en optimiser l'impact sur la santé. Il étudie la question du financement public et du financement privé, les nouveaux modes de prestation de soins de santé, y compris la régionalisation, ainsi que diverses questions liées aux produits pharmaceutiques. Il tentera aussi de déterminer le juste milieu à établir entre la prévention de la maladie et les soins curatifs dans notre système de santé.

La prise de décisions fondées sur des données probantes — Karen Gainer
Le Groupe de travail sur la prise de décisions fondées sur des données probantes a pour but de déterminer les moyens à prendre pour soumettre le processus décisionnel à des normes de preuve et pour changer la culture qui entoure la prise de décisions dans le domaine de la santé. Il cherche un moyen de garantir que les décisions en matière de santé et de soins de santé reposent sur les données disponibles les plus sûres, et ce à tous les niveaux – des professionnels de la santé jusqu'aux patients en passant par les administrateurs et les responsables des politiques.

Le Groupe de travail se penche également sur les incitatifs inhérents au système, sur les autres intérêts qui entrent en jeu et sur la nature des données probantes qui orientent les décisions – données sociales, politiques et financières. Il estime que le Canada possède déjà les composantes et l'infrastructure de recherche nécessaires pour se doter d'un excellent système de soins de santé, mais qu'il nous faut changer nos politiques de manière à bien asseoir nos choix en matière de santé sur la masse de connaissances disponibles.

Discours-programme : À la recherche de solutions pour la santé — Louise Nadeau
La première chose à faire est d'établir la distinction entre la santé et le système de soins de santé. Le Dr Richard Lessard disait que ce qu'on vise au Canada, c'est non pas d'avoir de bons garages, mais des autos qui fonctionnent bien. Par ailleurs, nos habitudes de vie, la façon dont on fait face aux situations pénibles et aux difficultés, la façon dont on a été élevés, le soutien dont on jouit au sein de la collectivité, tous ces déterminants de la santé sont plus importants que le système même de soins.

Quand nous parlons des facteurs qui influencent la santé, il est clair qu'il s'agit d'un ensemble de facteurs. Essentiellement, nous avons constaté qu'il existe un lien de cause à effet entre le revenu et la santé. Mais il y a aussi d'autres facteurs : l'environnement, l'hérédité et l'éducation.

Les Canadiens et les Canadiennes comprennent fort bien que la santé, c'est du travail, un bon système d'éducation, des citoyens bien renseignés, un réseau de soutien et une communauté saine. Ils comprennent également que chacun doit assumer la responsabilité de sa santé en adoptant de saines habitudes de vie (c'est-à-dire une saine alimentation, l'exercice physique, une consommation modérée d'alcool, ne pas consommer de tabac), et qu'il faut faire une utilisation responsable des soins de santé. Cependant, quand on examine ce qui les préoccupe, on a un tout autre tableau. Ils sont préoccupés par la maladie et par les effets de la maladie sur leur santé et sur celle de leurs proches, par le réaménagement du système de soins et par le virage ambulatoire. Ils ont peur de perdre leur système de soins et ils ont de la difficulté à faire des choix mettant en cause des valeurs.

En gros, les Canadiens et les Canadiennes sont enfermés dans un paradoxe. Quand on fait appel à leurs émotions, ils s'intéressent à l'individu et sont préoccupés par la maladie. Ils veulent alors un système de soins puissant sur lequel ils pourront toujours compter. Par ailleurs, quand on fait appel à leur raison, ils s'intéressent au bien commun et sont préoccupés par la santé. Ils demandent alors des politiques qui valorisent le travail, l'éducation, la famille et les enfants. Dans les enjeux de la réforme qui s'amorce, il est clair que l'innovation au Canada ne sera possible que si nous faisons face à notre peur et nous la surmontons.

SÉANCE PLÉNIÈRE II

La deuxième séance plénière visait à préparer le débat sur les questions à l'étude dans le contexte des soins de santé.

Discours-programme : À la recherche de solutions pour les soins de santé — Nuala Kenny

Le Dr Kenny trace brièvement l'historique du système canadien de soins de santé. Elle signale comment :

1) l'organisation des soins et le mode de financement fédéral-provincial du système,
2) la médicalisation et l'institutionnalisation des soins, et
3) les grandes percées de la science et de la technologie modernes

ont mené à la situation actuelle où les dépendances et les attentes des Canadiens et des Canadiennes se heurtent aux coûts qu'entraîne le maintien du niveau actuel de soins de santé. Il ne s'agit pas de jeter le blâme sur quiconque. Sur le plan socioculturel, nous sommes tous solidaires et tous responsables de la situation dans laquelle nous nous trouvons.

Dans ce contexte, le Dr Kenny soulève les questions fondamentales suivantes :

1. Quelle est la place qu'il convient d'accorder à la prestation professionnelle de soins de santé à l'intérieur du continuum de la santé? Quels moyens pouvons-nous prendre pour nous assurer qu'avec l'adoption d'une vision globale de la santé, nous conservions les excellents soins de santé dont nous jouissons actuellement?
2. Pouvons-nous établir si les besoins en soins de santé diffèrent des autres besoins en soins? Quelle forme devons-nous donner à la responsabilisation en matière de santé?
3. Que faut-il entendre par «soins médicaux appropriés»? Quelle distinction devons-nous établir entre «médicalement nécessaire» et «nécessaire pour la santé»?
4. Que faut-il entendre par de «bons» soins médicaux? Quel rapport existe-t-il entre les soins médicaux et les préoccupations plus générales des gens sur le plan humain et familial? Comment pouvons-nous concilier les exigences de la médecine scientifique avec celles des patients qui veulent choisir leur traitement en fonction de leurs valeurs personnelles?

Dans ce débat sur les politiques à adopter, le Dr Kenny estime que les questions capitales que soulève la prestation de bons soins médicaux à l'intérieur du système canadien de santé sont les suivantes : quels moyens faut-il prendre pour mettre la science au service de l'être humain? et quel poids faut-il accorder aux énormes besoins en soins de santé d'une poignée de personnes par rapport aux besoins en matière de santé de la masse de la population?

POINTS SAILLANTS DES ATELIERS — QUESTIONS À L'ÉTUDE

Les participants et les participantes ont été répartis en 12 ateliers auxquels ils étaient inscrits au préalable. Chaque atelier s'insérait dans l'un des quatre grands thèmes du Forum. Des questions avaient été formulées sous chaque thème afin d'orienter les discussions. Ces questions reflétaient les principaux points sur lesquels le Forum souhaitait solliciter les opinions des intervenants. Dans certains ateliers, les participants et les participantes ont étudié une seule question à fond, telle que la place éventuelle de la «régionalisation» dans la prestation des soins de santé au Canada, alors que d'autres ont abordé toutes les questions portant sur un thème particulier.

Les ateliers, qui se composaient des membres du Forum aussi bien que des participants et des participantes, se sont déroulés pendant le reste de la matinée, et ont repris en après-midi après le discours-programme sur les soins de santé.

Les questions à l'étude ont été abordées autant que possible sous l'angle de la santé de même que sous celui des soins de santé.

Voici les points saillants des délibérations sur chacune des questions à l'étude :

L'ATTEINTE D'UN ÉQUILIBRE (groupes 1 - 6)

Question n° 1. Équilibre entre les dépenses de la santé et les autres dépenses sociales

- Les groupes sont généralement d'accord que le montant des fonds affectés aux soins de santé est à peu près juste et qu'on ne peut plus couper grand-chose dans ce secteur. Toute réaffectation des ressources entre la santé, l'éducation et les autres programmes sociaux devrait être fondée sur les données disponibles les plus sûres et centrée sur les résultats. Les participants estiment qu'une meilleure gestion des ressources s'impose dans les trois secteurs — santé, éducation et autres programmes sociaux.

- Au-delà de la question de la répartition optimale des fonds consacrés aux programmes sociaux, il y a celle de l'adéquation de la somme globale affectée à ces dépenses. Certains participants estiment que sur le plan économique, le Canada ne peut pas se permettre de ne pas investir dans les programmes sociaux. La réduction de la dette est la raison pour laquelle le gouvernement a comprimé ses dépenses sociales, mais ce ne sont pas les programmes sociaux qui ont créé le déficit. Les groupes estiment en outre que les médias ont joué un rôle important dans le choix des objectifs stratégiques actuels des pouvoirs publics.

- Autre préoccupation dominante : il est impératif de doter le Canada d'une vision «faite au Canada» et d'un cadre stratégique pour orienter la répartition des ressources. Ce cadre stratégique devrait avoir une longue portée d'envergure nationale et holistique, et il devrait mettre l'accent sur la planification axée sur les besoins, la responsabilisation, la capacité financière et les résultats.

Question n° 2. Équilibre au sein du secteur de la santé

- La réaffectation des ressources au sein du secteur de la santé devrait être axée sur des données probantes et devrait favoriser l'aménagement d'un système de santé intégré, sans aucune discontinuité entre ses composantes. Bien que la réaffectation de ressources des services institutionnels aux services communautaires, des soins curatifs aux soins préventifs, et des soins actifs aux soins chroniques et palliatifs soit amplement justifiée, les participants soulignent que toute réaffectation doit reposer sur un plan d'ensemble. Ce plan devrait avoir une longue portée (c.-à-d. une portée qui dépasse le mandat d'un gouvernement particulier) et devrait accorder une attention particulière aux personnes et aux groupes qui seront les plus touchés par les réformes.

- Les principaux objectifs de la réaffectation des ressources devraient être notamment : le maintien des principes contenus dans la *Loi canadienne sur la santé* et le respect des valeurs qui les sous-tendent; de meilleurs résultats dans le domaine de la santé; l'atténuation des inégalités en matière de santé; un meilleur équilibre entre la qualité de la vie et la durée de la vie; la prestation des soins dans l'entourage des patients; l'amélioration du rapport coût-efficacité; l'amélioration constante de la qualité; le souci et le respect des principes moraux.

- Les soins primaires et les soins à domicile sont deux domaines clés sur lesquels les responsables des politiques doivent se pencher sans tarder. Comme les soins de santé primaires sont souvent le premier niveau de contact des patients avec le système, ils peuvent jouer un rôle important dans la promotion de la santé, la prévention de la maladie et, sur un plan plus global, la santé de la population. Cependant, les soins primaires doivent devenir plus multidisciplinaires et plus axés sur le client. Il faut aussi prêter attention au virage ambulatoire, car il risque d'affecter la qualité de la vie. Les responsables des politiques devraient veiller à ce que les ressources affectées aux soins à domicile soient suffisantes et à ce que le rôle des soignants bénévoles soit reconnu.

Question n° 3. Financement public/privé

- Les participants estiment que le partage public-privé n'est pas idéal et que les fonds publics affectés aux soins de santé ne sont peut-être plus suffisants pour maintenir l'accessibilité aux soins et leur qualité. Les principales questions sur lesquelles on

devrait se pencher sont notamment : la définition du terme «intégralité» (c.-à-d. la couverture du régime public d'assurance-maladie) à partir de données probantes; les incitatifs au déplacement des coûts du secteur public vers le secteur privé; la définition de la qualité des services à laquelle la population canadienne peut s'attendre dans le cadre du régime public d'assurance-maladie.

- Les participants conviennent que les principes contenus dans la *Loi canadienne sur la santé* devraient servir de point de départ dans tout débat sur le partage public-privé. Les participants rejettent la thèse de la nécessité d'accroître l'apport de capitaux privés dans le système, mais ils conviennent que certains incitatifs incorporés dans le système devraient être modifiés de sorte que le financement soit lié au consommateur plutôt qu'au fournisseur de soins, et que le consommateur participe davantage à la prise de décisions. Ils estiment en outre que le partage public-privé des ressources devrait reposer sur l'équité, l'efficience et l'efficacité.

- La définition du terme «intégralité» devrait évoluer au fil des ans; elle devrait reposer sur des données probantes, permettre aux professionnels d'exercer leur jugement, et incorporer les valeurs et les préférences des patients. Les participants préfèrent les modèles comportant plusieurs filtres aux méthodes axées sur une liste des interventions assurées comme celle qu'a adoptée l'État de l'Oregon. Ils croient en outre que les régimes privés d'assurance peuvent continuer à jouer un rôle complémentaire utile, mais ne doivent pas rivaliser avec la couverture du régime public.

- Un groupe signale le caractère «irréversible» de l'accroissement du financement privé. De plus, il juge qu'on doit tenir compte des répercussions d'un éventuel virage du secteur privé sans but lucratif au secteur privé à but lucratif. Les avis sont partagés sur la nature des soins de santé, à savoir si c'est un produit comme un autre, une «marchandise». Les participants estiment que les gouvernements fédéral et provinciaux doivent collaborer pour optimiser le partage public-privé. On devrait faire des efforts en vue de réduire la consommation globale de soins, mais on ne devrait pas exclure une éventuelle augmentation des fonds publics.

Question n° 4. Organisation des services de santé

- Pour ce qui est du modèle européen axé sur un marché dirigé, il faut l'évaluer à fond avant de songer à l'importer au Canada. Certains participants s'interrogent sur la possibilité d'appliquer la méthode du marché intérieur aux régions canadiennes qui sont plus rurales et moins peuplées que les pays d'Europe. Il se peut en outre que cette méthode ne cadre pas avec les valeurs auxquelles tiennent les Canadiens et les Canadiennes.

- Certains participants croient que des éléments du modèle à marché dirigé ont déjà été adoptés dans certaines provinces canadiennes, mais qu'il faut ajouter une dose de compassion à cette approche conservatrice pour y faire équilibre. D'aucuns estiment que la prestation de soins de santé axée sur le marché offre certains avantages, mais que ce n'est pas une panacée.

- Pour ce qui est de la régionalisation, les participants signalent plusieurs réformes structurelles supplémentaires qui s'imposent, entre autres : la restructuration des ministères fédéral et provinciaux de la Santé et la réduction de leur taille; le financement des régions en fonction de la population; la réforme des soins primaires; la mise sur pied de meilleurs systèmes d'information; le réaménagement de la composition des conseils régionaux de la santé; le transfert de pouvoirs de la province aux régions; l'établissement de liens avec l'enseignement et la recherche. On craint en général que les discours ne soient vides et que la transition à la régionalisation ne soit mal gérée.

- Bien que des obstacles à l'adoption de nouvelles réformes structurelles demeurent, certains participants estiment que la régionalisation donnera probablement un système plus souple, mieux intégré, mieux adapté aux besoins, comportant une plus grande obligation de rendre compte, offrant une plus grande continuité dans la prestation des soins et prévoyant la démocratisation de la prise de décisions. D'autres croient qu'il ne faut pas considérer la régionalisation comme une panacée et que les provinces ont intérêt à prendre un peu de recul et à évaluer la dernière vague de réformes avant d'aller plus loin.

Question n° 5. Produits pharmaceutiques

- Les participants jugent que les pouvoirs et l'obligation de rendre compte ne s'équilibrent pas parfaitement dans le secteur pharmaceutique, et que la question est complexe. Les points à examiner à cet égard sont notamment : le coût des médicaments; la consommation de médicaments; les pratiques de prescription des médecins; la publicité des fabricants de produits pharmaceutiques; l'accessibilité aux médicaments; la disponibilité et la qualité des données; la culture du secteur des soins de santé (le cloisonnement, les solutions hâtives); les incitatifs pernicieux; le comportement des consommateurs; la place des médecines parallèles; l'innocuité des médicaments.

- Les participants proposent plusieurs modifications à la politique canadienne en matière de santé et de produits pharmaceutiques :
  . étendre la couverture prévue dans la *Loi canadienne sur la santé* à tous les soins efficaces, y compris la pharmacothérapie et les médecines parallèles;

- modifier le mode de rémunération des médecins et des pharmaciens de manière à remodeler les incitatifs et à compenser l'apport «intellectuel» de certaines prestations (c.-à-d. payer la communication de conseils, même si aucun médicament n'a été prescrit ou délivré);
- améliorer la qualité des données probantes, les rendre plus accessibles (p. ex. créer des bases de données communes, soumises à des règles de la preuve) et communiquer tout «signal d'erreur» aux décideurs dans des délais opportuns;
- créer un organisme national autonome d'examen des médicaments, qui serait chargé de l'autorisation de la mise en marché des médicaments et qui en surveillerait la consommation, l'innocuité et l'efficacité; songer à harmoniser le processus d'homologation des médicaments du Canada avec celui d'autres pays;
- réformer le système de soins primaires de manière à le doter du personnel et des ressources nécessaires pour assurer la bonne santé des divers segments de la population;
- élargir la portée des normes nationales régissant la publicité de l'industrie pharmaceutique de manière à tenir compte de la réorientation du système de soins en faveur de la médecine axée sur des données probantes;
- créer un formulaire national afin d'éviter les dédoublements coûteux des formulaires provinciaux;
- lancer des projets pour renseigner les consommateurs sur le prix des médicaments et sur leur bonne utilisation.

- Les opinions divergent quant à l'effet sur les prix des médicaments de l'allongement de leur protection par brevet en vertu de la loi C-91. Certains estiment que cette mesure a fait grimper le coût des soins de santé, mais tous ne partagent pas cet avis. D'aucuns jugent que le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés a réussi à maîtriser la hausse des prix des médicaments, mais qu'il faut renforcer ses pouvoirs. On craint en outre que sur le plan de la recherche, l'industrie pharmaceutique n'ait pas respecté pleinement les engagements qu'elle a pris dans le cadre du projet de loi C-91.

LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ (groupes 7 et 8)

Question n° 6. Déterminants de la santé

- Cette question avait pour objet de mesurer le consensus sur la validité de l'approche fondée sur les déterminants de la santé, d'évaluer dans quelle mesure cette approche globale est comprise, d'établir l'ordre prioritaire des mesures à prendre pour la mettre en oeuvre, de cerner les conditions propices à sa mise en oeuvre et de déterminer les meilleures méthodes à employer.

- La vaste majorité des participants donnent leur aval à l'approche fondée sur les déterminants de la santé et s'entendent sur les nombreux facteurs qui influent sur la santé : l'emploi et le travail, la situation financière et la sécurité du revenu, les habitudes de vie telles qu'une saine alimentation, le tabagisme, l'abus d'intoxicants et la consommation de médicaments, l'estime de soi, le soutien social, etc.

- Les participants désignent plusieurs priorités :
  . Le Forum national sur la santé devrait donner l'exemple en adoptant l'approche fondée sur les déterminants de la santé dans tous les domaines à l'étude, y compris l'examen du financement du système (p. ex. produire un rapport sur le financement public et privé des divers systèmes qui contribuent au maintien et à la promotion d'une bonne santé).

  . Le Forum national sur la santé devrait recommander la création d'un système d'information sur la santé afin d'étayer la prise de décisions sur la répartition des ressources dans le cadre de l'approche fondée sur les déterminants de la santé, et de faire fond sur l'impulsion donnée à la recherche sur la santé des populations. L'exécution des programmes doit être assortie de l'obligation de rendre compte des résultats. L'affectation des ressources en fonction des priorités devrait reposer notamment sur le principe d'équité.

  . La désignation des groupes à risque a suscité une longue discussion sur l'opportunité d'affecter des ressources à des groupes à risque particuliers plutôt qu'à l'ensemble de la population. Les participants accordent une importance particulière aux enfants et aux jeunes à risque, dans le contexte de leur situation familiale. Mais certains hésitent à cibler uniquement ce groupe en raison du principe d'équité et des besoins d'autres groupes tels que les Autochtones, les malades mentaux, les personnes handicapées, les personnes âgées et les démunis. Il faudrait effacer tous les «isme» de notre vocabulaire, c'est-à-dire tout dogmatisme de notre culture.

  . Les participants considèrent également que la priorité devrait être accordée à la reconfiguration du milieu de travail et à l'adoption de politiques de l'emploi qui favorisent le maintien d'une bonne santé et qui reposent sur des partenariats entre l'État, l'entreprise privée et la collectivité. Cela comprend notamment l'adoption de régimes de travail adaptés aux besoins des familles, tels que le partage d'emploi et l'aide à la garde d'enfants.

- Les groupes se sont ensuite concentrés sur les moyens à prendre pour réaliser ces priorités et pour créer des conditions propices à la promotion de la santé. La collaboration intersectorielle et la création de partenariats sont essentielles à

l'élaboration de solutions intégrées. Il faut se mettre à parler le même langage. Le concept des «déterminants de la santé» n'est pas répandu dans tous les domaines. La santé devrait faire partie du programme d'action de tous les secteurs – les médias, l'éducation, les services correctionnels, l'économie et les finances, etc. La participation et la responsabilisation de la collectivité sont la clé du succès. Bien que les partenariats soient importants, ils ne sont pas toujours une panacée. Il est important de relever les secteurs où la collaboration est essentielle et où les actions individuelles ne seront pas efficaces. Enfin, le rôle de l'État devrait être de fournir le leadership, la vision et les mécanismes de réglementation, et ne devrait pas s'étendre à la prestation des services.

LA PRISE DE DÉCISIONS FONDÉES SUR DES DONNÉES PROBANTES (groupes 9 et 10)

Question n° 7. Culture de prise de décisions fondées sur des données probantes

- La création d'une culture de prise de décisions fondées sur des données probantes rallie de nombreux appuis. La culture de prise de décisions fondées sur des données probantes doit être ouverte, accessible, intelligible et transparente. Elle doit priser la démocratisation de la prise de décisions et favoriser l'élaboration de nouvelles méthodes qui améliorent les liens entre l'établissement de données probantes et leur utilisation. De plus, elle suppose de meilleures performances et elle reconnaît ses propres limites, au lieu de créer une nouvelle «tyrannie».

- Le principe fondamental est le suivant : les décisions devraient être fondées sur des données probantes, c'est-à-dire le processus décisionnel devrait être transparent afin que les décisions puissent être soumises à la discussion et contestées, et que les décideurs puissent tirer la leçon de leurs erreurs.

- La nouvelle culture devrait être englobante et reconnaître le besoin de coopération intersectorielle entre tous les pouvoirs publics, à tous les niveaux, de même qu'avec le grand public.

- La production de données doit faire partie intégrante du système de santé et cette pratique doit être répandue. Il faut que les méthodes utilisées soient cohérentes et que les données recueillies soient comparables afin de permettre l'établissement de comparaisons valables à l'intérieur des régions et dans l'ensemble du pays.

- Dans cette nouvelle culture de prise de décisions, la collecte de données probantes doit procéder d'une démarche plus équilibrée, mettant l'accent aussi bien sur la qualité que sur la quantité des données et tenant compte notamment des valeurs, des attentes culturelles, des normes et des circonstances.

- Les participants craignent que les réalités économiques et financières, qui prédominent aujourd'hui, ne soient le moteur de la collecte de données probantes. Ils estiment qu'elles ne devraient pas être le seul grand axe et qu'il est également important de recueillir des données expérimentales qualitatives et des données sur les résultats en matière de santé.

- Il faut en outre assurer la diffusion efficace des données probantes et reconnaître les obstacles à la prise de décisions fondées sur des données probantes à l'intérieur du système (p. ex. la peur, les chasses gardées professionnelles, les valeurs, la résistance au changement).

- Les participants admettent que la prise de décisions fondées sur des données probantes est un processus difficile à mettre en application. Il faut lancer une vaste campagne d'information à tous les niveaux du système de santé afin de surmonter la peur que suscite le processus — la peur de perdre son emploi, la peur de perdre la maîtrise des soins (de la part des médecins par exemple). Le processus doit faire appel à la participation de tous les intéressés et doit garantir que les ressources humaines ne sont pas dévalorisées.

Question n° 8. Qu'entend-on par données probantes?
Voici les principaux points qui se dégagent des délibérations sur la nature des données probantes et sur la variabilité des normes de preuve selon la culture et la conception personnelle de la santé :

- Les données probantes sont les meilleures données disponibles sur lesquelles fonder ses décisions. La prise de décisions doit reposer non seulement sur des données probantes, mais aussi sur d'autres éléments, dont le discernement, l'intuition, les coûts et les politiques.

- Il faut reconnaître qu'il existe divers types et niveaux de données probantes, et ce en matière de santé aussi bien que de soins de santé. La prise de décisions fondées sur des données probantes risque de varier selon les priorités et les valeurs du moment. Les données probantes ne se réduisent pas simplement à des études sur des échantillons aléatoires et contrôlés. Il faut aussi être en mesure d'établir des comparaisons entre les différents types de données, par exemple d'évaluer une pharmacothérapie par opposition à une intervention chirurgicale.

- L'évaluation des données probantes est une chose complexe. Elle soulève les questions suivantes : «Probantes» pour qui? Dans quelles circonstances? Par rapport à quel problème?

- L'interprétation des données probantes a un caractère subjectif et elle risque de varier selon la culture de l'époque. Les gens fondent leurs décisions sur leurs croyances (leurs peurs, leurs valeurs, leurs chasses gardées, leur résistance au changement). Des facteurs personnels entrent en jeu pour déterminer si les données sont jugées «probantes» ou pas et influent sur le poids relatif qui est accordé aux données probantes.

- Nous devons chercher à améliorer continuellement la qualité des données probantes. Nous devrions construire des modèles ou des structures pour valider les données déjà évaluées ou établies à partir de méthodes non traditionnelles (p. ex. des données provenant d'autres cultures).

- Les nouvelles technologies et méthodes prometteuses qui n'ont pas encore été évaluées devraient être mises au banc d'essai le plus tôt possible. De plus, leur évaluation devrait s'insérer dans un cadre de référence très large, tenant compte de leurs divers coûts et avantages (p. ex. des enjeux liés à la qualité de la vie). Les nouvelles politiques et structures devraient être évaluées avant qu'on ne les mette en oeuvre.

- Il faut avoir recours à une approche commune pour évaluer toutes les pratiques et politiques (p. ex. les traitements nouveaux et conventionnels de la médecine occidentale de même que les thérapies parallèles). L'évaluation des thérapies d'autres cultures devrait refléter les valeurs de la culture en question. Les thérapies parallèles ou complémentaires pourraient être financées par l'État à la condition qu'elles s'avèrent efficaces. L'évaluation de toutes les thérapies devrait être impartiale et équitable. On devrait étudier les thérapies parallèles pour profiter de l'enseignement qu'elles nous offrent.

- La réglementation des thérapies est souhaitable, tout particulièrement lorsque les résultats risquent d'être nuisibles à la santé. Il serait cependant utile d'établir si la réglementation est le seul moyen d'empêcher que des politiques et des pratiques désastreuses ne soient adoptées.

Question n° 9. Infrastructure de l'information sur la santé

Les groupes conviennent de l'importance de disposer de renseignements valables sur lesquels fonder nos décisions en matière de santé. Voici les points saillants de leurs délibérations sur l'infrastructure d'information sur la santé requise pour appuyer la prise de décisions fondées sur des données probantes :

- L'infrastructure de l'information sur la santé devrait présenter les caractéristiques suivantes : être nationale, axée sur l'individu, intégrée, confidentielle, accessible, intersectorielle et d'un prix abordable.

- Les groupes ne sont pas sûrs que les consommateurs veulent participer à part entière au processus décisionnel. Ils sont cependant en faveur de la création d'une infrastructure nationale contenant des données sur une vaste gamme de maladies, auxquelles les consommateurs et les patients auraient accès. Ils soulignent que ce système devrait être convivial.

- Il est important que ce système national d'information fournisse des données actuelles, qu'il relie diverses bases de données et qu'il groupe les données de diverses façons de manière à répondre aux besoins des patients, des soignants et des responsables des politiques. Le système devrait en outre ménager une liaison de communications entre les provinces. Il devrait aussi avoir pour mandat de maintenir une enquête nationale sur la santé périodique.

- Il faut adopter des normes nationales, de manière à pouvoir évaluer les réformes en cours et la restructuration du système de santé.

- Certains participants proposent que les systèmes administratifs soient utilisés aux fins de la promotion de la santé, par exemple que des trousses d'information soient envoyées aux personnes atteintes de certaines maladies ou pour encourager le dépistage préventif (p. ex. les mammographies pour les femmes de plus de 50 ans).

LES VALEURS (groupes 11 et 12)

Question n° 10. Valeurs et principes

- Nombre de participants jugent que les valeurs et principes suivants sont les plus importants, relativement au système de soins de santé : une population en bonne santé, l'égalité d'accès, et la qualité des soins. Ils signalent aussi l'importance du principe d'intégralité et du respect des traditions thérapeutiques des Premières Nations.

- La majorité des participants ajoutent la responsabilité individuelle, l'obligation de rendre compte et la participation du public au nombre des valeurs importantes dans le contexte des déterminants de la santé. À ce chapitre, certains signalent aussi l'autonomie personnelle et, en contrepoids, la responsabilité de l'individu à l'égard de son comportement.

- Les participants estiment que des conflits pourraient naître de la divergence des valeurs que les gens défendent, de même que des divers sens donnés au terme «valeurs». Ils signalent aussi le risque de conflit entre la responsabilité individuelle et la responsabilité collective. De plus, le principe d'une «part équitable pour les groupes» est peut-être lié à la définition de la capacité des individus à combler leurs besoins personnels.

- Certains jugent en outre que la liste des valeurs contenue dans le préambule de la question ne permet pas de bien cerner les raisons pour lesquelles certaines personnes sont en bonne santé, alors que d'autres ne le sont pas. De plus, les participants estiment qu'il leur faut réfléchir plus longuement à la question avant de pouvoir définir les valeurs en cause. Ils signalent cependant le rôle et l'importance des valeurs dans les travaux du Forum national sur la santé. Ils font remarquer que le Forum doit préciser le rôle des valeurs dans la prise de décisions et l'élaboration des politiques, afin que la population comprenne le processus. Les recommandations du Forum devront en fin de compte cadrer avec les valeurs que défendent les Canadiens et les Canadiennes.

Question n° 11.
Droit aux soins de santé / Répartition des ressources / Priorités gouvernementales

- Cette question visait en grande partie à amener les participants à débattre du droit de la population aux soins de santé, à savoir si les Canadiens et les Canadiennes ont effectivement droit aux soins de santé et, dans l'affirmative, si ce droit est assujetti à des réserves, s'il est conditionnel ou inconditionnel.

- Les participants signalent que la distinction et le conflit entre les droits individuels et les droits collectifs doivent également servir de cadre au débat sur cette question.

- Certains estiment que les soins de santé constituent effectivement un droit, alors que d'autres préfèrent parler du «devoir» de fournir des soins de santé.

- En bref, la discussion a porté principalement sur la définition des termes, puis sur les caractéristiques de ce droit, ou de ce devoir, et des répercussions correspondantes.

- Les participants qui décrivent le droit de la population aux soins comme un droit à des «services de qualité» ou aux «meilleurs services de santé possibles» sont plus nombreux que ceux qui le qualifient de droit à des «services de base», mais beaucoup estiment que le Forum national sur la santé devrait aider à définir ces termes de manière plus précise. Plusieurs participants signalent qu'en tant que société, les Canadiens délaissent de plus en plus la notion de services «de base».

- De nombreux participants font remarquer qu'il faut faire des compromis et que la population devrait obligatoirement être consultée et invitée à participer aux choix à faire. De plus, les compromis devraient reposer sur la recherche de la répartition optimale des ressources et du meilleur équilibre possible entre la satisfaction des besoins et l'amélioration de la santé et de la qualité de vie de l'ensemble de la population.

Question n° 12. Répartition des ressources / Soins palliatifs-soins actifs / Équité des listes d'attente

- Les questions sur la répartition des ressources visaient à amener les participants à discuter des critères sur lesquels fonder les décisions difficiles à prendre sur ce plan. Pour ce qui est des critères sur lesquels on pourrait s'appuyer pour prioriser les listes d'attente, beaucoup de participants soutiennent que l'établissement des priorités devrait être lié au droit du patient à un continuum de services – continuum dont il a été question précédemment.

- Selon certains participants, les décideurs doivent s'appuyer sur les critères suivants : les données probantes, la participation de la collectivité, les valeurs collectives, l'évaluation des conséquences de leurs décisions et leur intuition. Avant de prendre des décisions sur la répartition des ressources, il faut aussi poser la bonne question aux gens, autrement le processus est compromis. De plus, il faut définir et formuler les critères de manière à alimenter un débat exhaustif et à permettre à la population de comprendre les enjeux.

- Des ressources pourraient être réaffectées d'un secteur à l'autre, par exemple du secteur des soins actifs à celui de l'éducation, mais uniquement si ce réaménagement est fondé sur des données probantes. L'un des principaux points qui se dégagent des délibérations des deux groupes qui se sont penchés sur cette question est le rôle et l'importance de la participation de la population au processus de répartition des ressources.

- La réaffectation des ressources au sein du système de santé devrait viser les éléments qui posent des problèmes, tels que le prix des médicaments.

Question n° 13 Iniquités / Ressources consacrées à la santé et aux soins de santé

- Les questions sur les inégalités dans le système de soins de santé ont suscité un débat sur le partage public-privé et sur les répercussions éventuelles d'un système de soins à plusieurs paliers sur la population canadienne.

- De l'avis général des participants, bien que notre système actuel de soins de santé renferme des inégalités, il fait toujours partie de notre identité canadienne, et l'on

devrait s'opposer à sa privatisation. Cependant, pour en maintenir l'universalité, nous devrons préciser ce que nous entendons par services essentiels ou fondamentaux.

- Le débat ne repose pas sur une question d'argent, mais sur les valeurs fondamentales auxquelles tiennent les Canadiens et les Canadiennes.

- Les participants signalent que la santé n'est pas une marchandise, qu'elle se distingue des autres caractéristiques sociétales, et qu'il y a donc lieu de l'examiner séparément.

- Les participants sont fiers du système actuel, et ils affirment sans équivoque qu'on devrait en combler les lacunes, comme l'inégalité d'accès aux soins, plutôt que de le privatiser davantage. Ils estiment qu'un système à plusieurs paliers aurait des effets néfastes sur la qualité des soins de santé, le niveau de recherche et la formation.

- Le système de santé devrait être élargi de manière à y inclure certains services préventifs.

- Il devrait exister un «droit à la recherche de la santé» : d'où le besoin pour la société de faire certains investissements afin que les gens puissent faire ce choix.

- Certains participants estiment que la société a investi de manière disproportionnée dans les soins de santé et qu'elle devrait investir davantage dans les déterminants de la santé, c'est-à-dire l'éducation, la nutrition, etc. De plus, si nous décidons de consacrer plus d'argent à la prévention de la maladie et à la promotion de la santé, il faudra déterminer jusqu'à quel point nous devrions être actifs ou intervenir.

SÉANCE PLÉNIÈRE III

À 17 heures, les participants se sont réunis en séance plénière pour entendre les comptes rendus de quatre rapporteurs, chacun étant chargé de récapituler les délibérations de tous les groupes sous un thème particulier. Bien qu'informels, ces comptes rendus ont permis aux participants de prendre connaissance des opinions de leurs collègues qui ne s'étaient pas penchés sur les mêmes thèmes qu'eux au cours de la journée.

SÉANCE PLÉNIÈRE IV

Tendances et enjeux à venir - Lynn Smith
Lynn Smith adresse les questions suivantes aux participants : comment envisagez-vous l'avenir? Qu'espérez-vous que l'avenir nous réserve? Quelle est votre vision de l'avenir?

Dans son exposé, M^{me} Smith dégage diverses tendances et hypothèses des délibérations de la veille. Voici quelques-unes de ces tendances : la population continuera à appuyer la *Loi canadienne sur la santé* et ses cinq principes, étayés des valeurs d'équité et de compassion; l'élaboration de la politique reposera sur trois objectifs, à savoir une population en bonne santé, l'égalité d'accès et la qualité des soins. De plus, des pressions continueront à s'exercer pour que le Canada privatise tous les éléments de son système de santé, mais la population continuera à s'y opposer; les contraintes financières persisteront; il se produira une mutation profonde du système, qui mettra l'accent sur la santé plutôt que sur les soins de santé, mais qui ne détruira pas le système de soins; on espère que les décisions seront fondées sur des données probantes et sur la compréhension des choix moraux en jeu. Les Canadiens et les Canadiennes continueront à priser le pluralisme et à respecter la diversité. Ils veulent que l'on adopte un processus décisionnel rationnel, démocratique et de qualité, et ils se rendent bien compte des obstacles à vaincre pour réformer le système.

L'État pourrait-il intervenir pour modifier l'évolution de ces tendances et de ces hypothèses? Quelles mesures préconiseriez-vous si vous faisiez partie du Forum national sur la santé et que vous cherchiez à formuler quelques recommandations clés? Ces questions ont encadré les discussions des ateliers de la matinée.

POINTS SAILLANTS DES ATELIERS - TENDANCES ET ENJEUX À VENIR

Les ateliers de samedi étaient axés sur les quatre grands thèmes du Forum, alors que ceux de dimanche se sont tous penchés sur les mêmes sujets : la synthèse des points soulevés jusqu'ici, les questions sur lesquelles le Forum devrait se pencher en priorité, et les concepts, pratiques et idées nouvelles dont le Forum devrait prendre connaissance. Les points saillants de ces ateliers ont été notés et sont annexés au présent compte rendu, tout comme ceux des ateliers de samedi.

La séance de dimanche avait pour objet de faire la synthèse des travaux de la veille et de cerner les tendances et les enjeux à venir dans le secteur de la santé et des soins de santé. Les participants ont été invités au départ à réfléchir à ce que l'avenir devrait réserver au système canadien de santé.

Les problèmes et les enjeux
Les participants signalent divers problèmes et enjeux, notamment :

- La définition de certains éléments clés du débat sur la santé, en particulier la définition des cinq principes contenus dans la *Loi canadienne sur la santé*, manque de précision et de clarté.

- On n'a pas encore défini le rôle qu'il convient au secteur privé de jouer dans le système de soins de santé.

- Les structures de responsabilisation qui existent dans le système de soins de santé sont inadéquates.

- La répartition des ressources au sein du système de soins de santé devrait être plus ordonnée.

- Il est conseillé aux pouvoirs publics de mieux coordonner la prise de décisions entre le secteur de la santé et les autres secteurs de dépenses sociales.

- Les Canadiens et les Canadiennes semblent enfermés dans un paradoxe : d'une part ils préconisent une forte intervention fédérale dans le secteur de la santé, et d'autre part ils sont en faveur de la régionalisation, de la décentralisation, de l'autonomie locale et de la prestation des services en fonction des besoins.

- La désinstitutionnalisation des soins est en train de se faire avant même que les localités ne soient dotées des structures et services communautaires requis.

- À l'intérieur même du système de santé, les décisions reposent souvent sur des considérations autres que des raisons fondées sur des données probantes; c'est une réalité politique.

- Il existe un morcellement de l'information à l'intérieur du système de santé, et le partage des données disponibles fait défaut.

- Le dialogue sur la réforme du système de santé risque de susciter un conflit entre «données probantes» et «valeurs».

- On craint qu'en mettant l'accent sur la santé, on ne porte atteinte au système de soins de santé.

Les changements
Voici quelques-unes des réformes que les participants ont conseillées au cours des ateliers de dimanche et dont les rapporteurs ont fait état dans leur compte rendu :

- Réviser la *Loi canadienne sur la santé* afin de préciser ou de concrétiser les définitions des cinq principes qui y sont contenus.

- Par l'adoption de modifications à la *Loi canadienne sur la santé* ou par d'autres instruments administratifs : adopter une vision de la santé et des soins de santé au Canada, et cerner les valeurs sous-jacentes; adopter le concept de la santé des populations; assujettir les soins de santé à des limites; confirmer le rôle essentiel du gouvernement fédéral dans le secteur de la santé.

- Créer un mécanisme qui permettrait un dialogue continu sur la réforme de la santé.

- Affecter les ressources disponibles stratégiquement à l'intérieur du système de santé, et réserver une proportion des fonds à la promotion de la santé.

- Veiller à ce que la révision du projet de loi C-91 inclue une évaluation exhaustive des coûts et des avantages associés à la protection plus longue des médicaments par brevet.

- Examiner la hausse effective des coûts.

- Créer un seul point d'accès au système de soins de santé.

- Créer un système d'information solide, intégré et fondé sur des données probantes.

- Remettre en question qui doit contrôler l'accès aux services de santé.

Les participants ont aussi signalé des mesures précises à prendre pour implanter ces réformes, notamment :

- Doter le système de soins de santé d'un processus décisionnel plus rationnel et plus démocratique.

- Accroître la collaboration et la coordination entre les deux paliers de gouvernement (fédéral et provincial/territorial) et entre les secteurs (la santé, les finances, les ressources humaines).

- Permettre aux consommateurs de soins de santé et aux clients d'exercer une plus grande maîtrise sur le processus décisionnel.

- Mieux délimiter les rôles des secteurs public et privé dans la prestation des soins de santé.

- Admettre que des compromis sont inévitables dans l'élaboration de politiques.

- Dans la prise de décisions stratégiques, tenir compte de la nature de l'être humain qui est fait d'émotions et de raison.

SÉANCE PLÉNIÈRE V

À la dernière séance plénière, quatre participants qui avaient circulé parmi les ateliers au cours de la matinée ont rendu compte à l'assemblée de leurs observations et lui ont fait part de leurs réflexions sur l'ensemble de la conférence. Voici les noms de ces participants et les points saillants de leurs exposés :

Colin McMillan – Association médicale canadienne
Dans son exposé, le D[r] McMillan met en lumière quelques grands paradoxes que les Canadiens et les Canadiennes devront résoudre. Par exemple, d'une part la population est très attachée aux principes contenus dans la *Loi canadienne sur la santé* et tous s'entendent sur la nécessité d'examiner et de clarifier le principe de l'«intégralité», mais d'autre part beaucoup de gens affirment qu'ils sont en faveur de la régionalisation, de la décentralisation, de l'autonomie locale et de la prestation des services en fonction des besoins. Le défi consiste à établir comment concilier un système fédéral puissant, doté d'une *Loi canadienne sur la santé* redéfinie, avec la préférence exprimée pour le transfert de pouvoirs et de ressources.

Lil Selby – Association canadienne pour la santé mentale
Dans son compte rendu des travaux des ateliers, M[me] Selby signale que certains grands thèmes reviennent couramment dans la vision de l'avenir des participants, y compris : la responsabilisation, l'accès aux soins, la réorientation du système mettant l'accent sur la santé plutôt que sur les soins de santé, et la coordination des services en vue de créer un seul point d'accès au système.

M[me] Selby constate aussi l'importance que les groupes accordent aux éléments suivants :

- un financement stable;

- l'évaluation de l'efficience de la prestation des soins;
- la disponibilité de données valables sur lesquelles fonder la prise de décisions;
- l'adoption d'une vision globale nationale de la santé et des soins de santé;
- l'exécution de travaux de recherche sur les services et sur la prestation des services;
- une analyse claire de la régionalisation;
- l'évaluation des changements d'orientation par rapport aux résultats attendus;
- l'utilisation stratégique des établissements d'enseignement dans le contexte des déterminants de la santé.

M^me^ Selby aborde ensuite le sujet des malades mentaux et du défi qu'ils posent au Forum et aux responsables de la politique de la santé. Elle prie les participants de se montrer particulièrement sensible à la situation et aux besoins de ces malades, de sorte qu'ils aient voix au chapitre et une place dans le système de demain.

Renaldo Battista – Conseil d'évaluation des technologies de la santé

Le D^r^ Battista récapitule quelques-uns des points clés qui se sont dégagés des ateliers, entre autres : la réforme de la santé ne devrait pas être fonction de considérations financières; pour formuler des réformes pratiques, il nous faut élaborer une définition opérationnelle de la santé et des soins de santé, qui sont des concepts complémentaires; en général, la population veut que l'on soumette le système de santé à une structure ou à des paramètres rationnels à l'intérieur desquels les gens pourront participer à la prise de décisions au niveau local.

Dans ses réflexions personnelles, le D^r^ Battista fait des remarques sur l'ampleur et la complexité des enjeux, et notamment sur le défi de mettre en application les résultats des travaux et les connaissances actuelles sur les déterminants de la santé. Il aborde aussi la question de la régionalisation, soulignant que c'est un phénomène assez récent et qu'il faut maintenant faire une pause pour en cerner les avantages, les coûts et les risques avant d'aller plus loin.

Charlotte Gray – Presse de la santé

M^me^ Gray souligne que les groupes s'entendent presque unanimement sur la nécessité de créer un organisme national afin de poursuivre le dialogue sur la santé et les soins de santé au Canada. Dans le même ordre d'idée, elle met en lumière le paradoxe suivant : bien que la plupart des intervenants soient très attachés à la *Loi canadienne sur la santé* et aux principes qu'elle renferme, bon nombre d'entre eux estiment que ces principes doivent être précisés et redéfinis. Un autre problème important qui l'a frappée est l'effet déstabilisant sur la population de la transition dans lequel le système de santé se trouve aujourd'hui; nombre de Canadiens et de Canadiennes craignent qu'il n'y ait personne au

volant pour négocier le virage déjà amorcé – il y a lieu de s'en inquiéter. Enfin, M^me^ Gray constate que les participants tirent leur énergie notamment de leurs déceptions et que cela les agace vraiment que nous en soyons encore à redire les mêmes choses que nous disions il y a 15 ans. Le Forum et la conférence ont donc suscité des attentes, et M^me^ Gray incite fortement le Forum à reconnaître le besoin de prendre des mesures concrètes et à agir en conséquence.

ANNEXE A

Notes pour une allocution
prononcée par
l'honorable David Dingwall
ministre de la Santé

DIALOGUE AVEC LE FORUM NATIONAL SUR LA SANTÉ :
À la recherche de solutions pour la santé et les soins de santé
Toronto (Ontario)
Le 19 avril 1996

Mesdames et messieurs, bonsoir. Je tiens à souhaiter la bienvenue aux professionnels de la santé, aux représentants et représentantes des organismes de la santé, et à tous nos distingués invités.

C'est un véritable plaisir pour moi d'être parmi vous aujourd'hui. Je veux profiter de l'occasion pour exprimer ma reconnaissance aux membres du Forum national sur la santé qui ont travaillé et travaillent encore sur des grandes questions d'intérêt public liées à la santé et aux soins de santé dans notre pays.

Je vous transmets aussi, à titre de vice-président du Forum, les salutations du Premier ministre qui, comme vous le savez, en est le président.

Il est important de souligner que les travaux du Forum aboutiront, à la fin de l'année, à la production d'un rapport au gouvernement du Canada. Les recommandations qui seront formulées dans ce rapport constitueront un véritable héritage, pour les gouvernements, bien sûr, mais aussi pour la population du Canada.

Je tiens à remercier les membres du Forum, qui ont jusqu'à maintenant tant apporté au débat qui nous intéresse. C'est un plaisir pour moi de vous accueillir toutes et tous ici présents et de vous remercier pour avoir accepté de participer à cette démarche. Je suis certain qu'en tant que décideurs de premier plan, vous contribuerez également de façon significative à l'avenir de notre système de soins de santé.

Les gens qui sont ici ce soir sont issus de divers secteurs et assument diverses fonctions. Mais que nous appartenions au secteur public, au secteur privé ou au secteur bénévole, que nous soyons des consommateurs, des syndicalistes, des professionnels ou des universitaires, nous partageons tous un but commun : l'amélioration de la santé des Canadiens et des Canadiennes.

Nous sommes à la recherche de solutions. Nous voulons tous trouver des façons à la fois pratiques et créatives d'assurer des soins de santé efficaces, de bonne qualité et à un prix abordable.

Le titre de notre conférence, *À la recherche de solutions pour la santé et les soins de santé,* décrit clairement le défi qu'il nous faut relever. La conjoncture économique exige que nous trouvions des solutions pour le système de soins de santé. Mais la santé dépasse le cadre des soins. Il nous faut travailler ensemble à trouver des façons de prévenir la maladie et de promouvoir la santé de tous les Canadiens et de toutes les Canadiennes.

À titre de ministre responsable de ce qu'on appelle couramment le «régime d'assurance-maladie», je m'intéresse également à la santé de la population. Il est important que tous les intervenants, bénévoles, organisations, secteur privé et pouvoirs publics de tous niveaux travaillent ensemble à résoudre les problèmes qui affligent les politiques publiques.

Lorsque j'ai été nommé ministre de la Santé, le Premier ministre m'a demandé de cultiver des relations de travail avec les gouvernements provinciaux. Et lors de mon assermentation, à Rideau Hall, j'ai déclaré que j'avais l'intention de travailler en collaboration avec mes homologues provinciaux. Dans les jours qui ont suivi ma nomination, j'ai rencontré plusieurs ministres provinciaux de la Santé et nous avons discuté de divers dossiers. Il convient de signaler que bon nombre de nos gouvernements provinciaux s'efforcent de moderniser leur système de soins de santé et qu'ils n'ont guère reçu de crédit pour cet effort.

Bon nombre d'entre nous perçoivent le système de soins de santé comme un édifice de 10 étages doté d'un immense terrain de stationnement et de cafétérias, où circulent des médecins, des infirmières, des diététiciennes, des physiothérapeutes et des aide-infirmières. Certains Canadiens et certaines Canadiennes pensent que les soins de santé dans notre pays se résument à cela. Mais vous savez pertinemment, en tant que décisionnaires, que cette image ne rend pas justice à notre système.

Les provinces sont aux prises avec des décisions difficiles, mais je ne suis pas d'accord avec ceux qui disent que la qualité de notre système de santé se détériore. Dans de nombreuses régions, la qualité des soins de santé s'améliore, et je pense qu'il faut le reconnaître. Cela ne veut pas dire que tout est facile et se fait sans douleur, mais plutôt qu'on ne peut nier l'effort légitime de nos gouvernements provinciaux pour améliorer la qualité de nos soins de santé.

Ma collaboration avec les provinces ne sera pas sans heurts. Nous aurons des divergences d'opinions sur bien des plans – au sujet du système d'approvisionnement en sang, des médicaments, des politiques, des soins à domicile, des soins palliatifs ou du conditionnement physique. Mais il nous faut faire front commun pour essayer de les régler.

Je ne suis pas prêt à avancer des arguments constitutionnels liés aux soins de santé. Toutefois, je suis prêt à en débattre avec quiconque, incluant les provinces. Il n'y a pas de doute dans mon esprit que le gouvernement national a un rôle à jouer dans les soins de santé et dans la santé des Canadiens et des Canadiennes.

Je pense qu'en tant qu'intervenants des gouvernements provinciaux-territoriaux et fédéral, nous devrions tous chercher ensemble à résoudre les problèmes qui se posent à nous aujourd'hui.

Nous avons fait preuve de bonne foi lorsque les ministres des provinces et moi nous sommes rencontrés pour discuter du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux. Ils ont demandé un financement prévisible; ils l'ont obtenu. Ils ont demandé un seuil; ils l'ont obtenu. Ils ont demandé un minimum de trois ans; ils ont obtenu cinq ans. Et ils ont obtenu 25,1 milliards de dollars pour chacune de ces cinq années et un facteur d'indexation pour les trois dernières années.

Le gouvernement du Canada a manifestement honoré ses promesses. Je pense que c'est là un premier pas important de notre part, en tant que gouvernement national, dans l'édification d'un partenariat avec les gouvernements provinciaux. Cela ne signifie pas que les provinces n'en demanderont pas davantage au gouvernement fédéral. Je comprends cela.

Je suis venu ici ce soir pour réaffirmer la position du gouvernement du Canada face aux cinq principes de la *Loi canadienne sur la santé*. Ces principes peuvent être débattus, mais comme je l'ai dit à mes collègues des provinces et aux médias nationaux, les cinq principes de la *Loi canadienne sur la santé* ne sont pas négociables. C'est ma position, c'est sans équivoque.

Au niveau national, la prévention et la promotion de la santé sont des éléments clés de notre stratégie en matière de santé. La collaboration avec les provinces et divers intervenants, que ce soit dans le domaine de la nutrition, du conditionnement physique, de l'hygiène du milieu, de l'emploi, ou dans d'autres domaines, joue un rôle important pour la santé de la population.

L'autre jour, lors d'une réunion, un groupe de citoyens m'a demandé si la création d'emplois avait une incidence sur le système de soins de santé dans notre pays. L'incidence est considérable et je ne pense pas que nous puissions l'ignorer.

En tant que ministre de la Santé, je m'intéresse particulièrement aux problèmes liés au tabagisme. Depuis que j'ai accédé à ce poste et que j'ai rencontré différents groupes du pays, y compris des membres de la Société canadienne du cancer et de l'Association pulmonaire, je suis davantage sensibilisé à l'importance du problème du tabagisme dans notre pays.

Le coût de la consommation de tabac pour l'économie canadienne est de 11 milliards de dollars par année, soit 3,5 milliards en soins médicaux et le reste, en perte de productivité. C'est

beaucoup d'argent. Mais il y a pire encore, notamment l'augmentation du nombre de jeunes qui consomment les produits du tabac, en particulier les jeunes femmes. En tant que gouvernement national, il est de notre devoir d'agir, en collaboration avec les gouvernements provinciaux et les intervenants. Nous avons une obligation de fiduciaire, à l'égard de notre système de soins de santé et de ces jeunes, de les amener à réduire leur consommation de produits du tabac.

En tant que ministre de la Santé, j'ai quelques obstacles à surmonter, entre autres un arrêt de la Cour suprême du Canada, que le ministre de la Justice et moi devons contrer carrément. Je compte concevoir un programme complet pour m'attaquer aux questions d'accès, de promotion et de produits. Mais je ne le ferai que lorsque j'aurai tous les éléments d'information et de preuve en main pour mener à bien ce projet.

Je ne veux pas que la Cour suprême du Canada déclare inconstitutionnelles les mesures quelconques que j'aurais prises. Le tabagisme est une priorité importante pour mon gouvernement, et nous espérons bientôt passer à l'action.

Une autre grande priorité au Canada est la santé des femmes. Les femmes sont les principales utilisatrices du système de soins de santé. Il nous faut résoudre certaines des difficultés auxquelles elles se heurtent.

J'annoncerai bientôt la création de centres d'excellence pour la santé des femmes. Mais avant de rendre ma décision, je veux être sûr que ces centres auront des retombées positives. J'ai également l'intention de déposer un projet de loi sur les nouvelles techniques de reproduction. Une commission royale chargée d'étudier cette question a présenté de nombreuses recommandations, et j'espère être bientôt en mesure de donner suite à certaines d'entre elles.

En août prochain, je serai l'hôte d'un Forum Canada–États-Unis avec la secrétaire de la Santé des États-Unis, madame Donna Shalala. À l'occasion de ce forum, toute une gamme de sujets qui touchent de près les Canadiennes seront traités, notamment le cancer du sein, les maladies cardiovasculaires, la condition physique, l'obésité, la consommation inappropriée de médicaments de prescription et les toxicomanies.

La santé des Autochtones est une autre préoccupation grave et croissante pour le gouvernement fédéral, les gouvernements provinciaux et les collectivités autochtones elles-mêmes. On peut parler du transfert des soins de santé aux Premières Nations. On peut également parler des

moyens à prendre pour le perfectionnement des ressources humaines des collectivités autochtones, notamment les médecins, les infirmières et infirmiers, et les autres professionnels de la santé. Et j'espère que, au cours de vos délibérations à l'occasion de cette conférence, vous présenterez des suggestions sur les façons dont nous pouvons atteindre nos objectifs en ce qui a trait à la santé des peuples autochtones.

En ce qui concerne les enfants, notre gouvernement désire travailler en collaboration avec les provinces et les intervenants sur les questions qui touchent de près les enfants et les jeunes au pays. Je pense entre autres au tabagisme, aux toxicomanies, à la nutrition, à l'obésité et à la condition physique. La santé mentale et ce qu'elle signifie pour les Canadiens et les Canadiennes, ce qu'elle signifie pour les familles, est tout aussi importante.

Il faut que nous nous consacrions davantage à trouver le moyen d'aborder les questions liées aux personnes âgées. Les soins palliatifs me préoccupent personnellement. La question est peut-être trop difficile pour qu'on demande à des individus de s'y attaquer. Le sujet n'est pas nécessairement facile pour vous non plus, mais en tant que professionnels, vous êtes mieux équipés pour l'aborder. Pour la plupart des Canadiens et des Canadiennes, les soins palliatifs évoquent la mort, et les gens ne sont pas à l'aise avec cela.

Mais la question des soins palliatifs est importante; il nous faut élaborer un cadre de référence pour le vieillissement. À la mi-juin, au Nouveau-Brunswick, j'assisterai à une conférence des ministres fédéral et provinciaux responsables des personnes âgées. Nous aborderons la question et mettrons en place un tel cadre.

Les personnes âgées sont une force formidable au Canada. Il nous faut faire preuve de prudence dans les orientations que nous prendrons en tant que gouvernements – et non seulement en ce qui concerne les soins de santé, mais également à l'égard d'autres questions qui affectent les personnes âgées : leurs pensions de retraite; leur accès aux installations; leur bien-être mental, de même que leur bien-être physique.

Il y a deux autres secteurs que je considère prioritaires : les médicaments et la recherche médicale.

Les médicaments sur ordonnance sont très coûteux au Canada, que l'on parle de médicaments génériques ou de médicaments de marque déposée, et je sais que ces deux secteurs de l'industrie

pharmaceutique sont représentés ici ce soir. Les médicaments sont un des facteurs responsables de l'escalade du coût de la santé au Canada et ce, en dépit du fait que le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés ait réussi à maintenir au-dessous de l'indice des prix à la consommation les coûts des médicaments brevetés fixés par les producteurs de médicaments de marque.

Toutefois, j'ai déjà dit, tant publiquement qu'en privé, que je m'inquiétais des difficultés qu'ont eues les producteurs de médicaments de marque à remplir leurs engagements concernant le financement de la recherche. Mais je suis sûr que nous serons bientôt en mesure de résoudre ces difficultés de façon satisfaisante.

La consommation de médicaments est une autre question importante qui mérite notre attention. On m'a indiqué que la consommation de médicaments au Canada s'accroît d'environ 14 pour 100 par année. Cela représente beaucoup d'argent, mais aussi beaucoup de problèmes pour la population canadienne. Dans mes déplacements, je rencontre fréquemment des personnes âgées et d'autres qui s'inquiètent de la quantité de médicaments sur ordonnance offerts sur le marché. Nous avons besoin de votre aide pour trouver des solutions à ce problème. Nous devrons prendre certaines mesures pour communiquer tous les renseignements dont nous disposons sur l'usage des médicaments de façon à ce que les Canadiens et les Canadiennes puissent se pencher sur cette question importante.

Je rencontrerai tous les ministres de la Santé des provinces et des territoires la semaine prochaine à Ottawa pour parler de la direction du système d'approvisionnement en sang dans notre pays. Je suis certain que diverses autres questions seront soulevées, dont la consommation de médicaments.

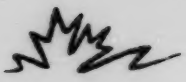
Notre pays peut se vanter d'avoir certains des chercheurs les plus réputés du monde. Dans son récent budget, le gouvernement du Canada a prévu 65 millions de dollars pour un Fonds de recherche en services de santé qui aidera les gouvernements provinciaux, les établissements de santé et le secteur privé à travailler en partenariat pour produire des recherches fondées sur les faits.

Le Canada jouit d'une bonne réputation à l'échelle internationale dans le domaine des soins de santé et nous devons tirer parti de cette notoriété pour nous associer à des partenaires nationaux et internationaux. Avec le Conseil de recherches médicales, nous chercherons, à l'échelle internationale, des possibilités de coopérer avec d'autres pays pour mener des recherches et vendre les résultats de nos recherches.

Il est également important pour les Canadiens et les Canadiennes que nous vulgarisions la recherche de façon à ce qu'ils comprennent de quoi il retourne. Il existe des quantités incroyables d'information, mais les résultats ne sont pas communiqués facilement au public et aux professionnels de la santé à l'échelle du pays. Il incombe aux gouvernements de s'assurer que les résultats de recherche sont disséminés.

En conclusion, je voudrais insister une fois encore sur l'intérêt de votre participation à la démarche du Forum. J'ai demandé au Forum de terminer ses travaux et de me présenter un rapport à la fin de l'année. J'ai hâte de prendre connaissance de ses recommandations. Elles seront utiles, non seulement au gouvernement fédéral, mais aussi aux gouvernements provinciaux et à tous les citoyens et toutes les citoyennes. Les recommandations auront des répercussions à long terme sur notre système de soins de santé et sur la santé de notre population. En tant que pays et en tant que peuple, nous pourrons déclarer avec fierté non seulement que nous avons le meilleur système de soins de santé au monde, mais aussi qu'il en sera encore ainsi à l'avenir.

Merci.



ANNEXE B

EXPOSÉS SUR LES THÈMES DE LA CONFÉRENCE

LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ — MARC RENAUD

On m'a demandé de vous présenter brièvement le travail du Groupe sur les déterminants de la santé et de vous expliquer ce que nous attendons de vous au cours de cette conférence. Nous voulons documenter ce qu'il est possible de faire pour agir sur les déterminants non médicaux de la santé et, à partir de cette documentation, établir quelles politiques peuvent être adoptées pour améliorer la santé des Canadiens.

Nous avons connu au cours de la dernière décennie une percée extrêmement importante dans les connaissances sur la santé et sur ses causes. Nous savons depuis très longtemps, par des études de corrélation, qu'il existe des liens très forts entre divers aspects de l'environnement social et la santé des gens. Nous savons, par exemple, que plus les gens sont riches et plus ils sont instruits, meilleure en général est leur santé. Nous savons également qu'en règle générale, la santé de la population est bien meilleure dans les pays qui ont des revenus élevés et qui les répartissent bien, que dans les pays qui ont des revenus élevés mais les répartissent mal.

Au cours de la dernière décennie, nous avons appris que ces corrélations indiquent probablement la présence d'une causalité. En d'autres termes, nous sommes à peu près sûrs qu'il existe des déterminants sociaux, économiques et culturels de la santé, au même titre que les déterminants génétiques ou les déterminants liés à l'organisation des soins.

Premièrement, nous savons par exemple qu'il existe une corrélation entre la santé et des facteurs socio-économiques : plus on s'approche du sommet de la hiérarchie, meilleures sont les chances d'avoir une vie longue et en santé. Les mauvaises habitudes de vie des défavorisés n'expliquent pas entièrement cette corrélation.

Deuxièmement, nous commençons à comprendre les chemins biologiques par lesquels ces déterminants sociaux marquent le corps et finissent par causer des maladies, puis la mort. Ces connaissances sont le résultat de recherches de pointe dans le domaine biomédical, notamment en immunologie, en endocrinologie et en neurologie.

Troisièmement, nous savons depuis dix ans que les populations humaines peuvent améliorer leur santé en modifiant leur mode de vie. Il y a deux cas spectaculaires. Le Japon a réussi, en 30 ans, à augmenter considérablement l'espérance de vie de sa population, alors que dans les pays d'Europe de l'Est, l'espérance de vie a énormément diminué depuis 20 ans.

Voilà ce que nous savons. Vous allez me dire : «Et après?» Qu'est-ce qu'on fait de ces connaissances? C'est là le problème. Nous ignorons comment au juste traduire ces connaissances en interventions. Dans quels secteurs faut-il investir si notre but est d'améliorer la santé de la population canadienne?

Investir dans des hôpitaux, des pilules, des médecins, c'est concret. Investir dans les programmes sociaux, les enfants, le travail partagé, c'est plus flou, et nous ne sommes pas sûrs des résultats.

C'est la raison pour laquelle le Groupe de travail sur les déterminants de la santé du Forum a décidé de se pencher sur cette question en particulier. Nous avons commandé des documents-synthèse auprès de 30 experts canadiens reconnus. Nous leur avons demandé de nous parler des enfants, des jeunes, des adultes et des personnes âgées. Nous avons demandé à certains d'entre eux de nous expliquer les aspects macro-sociaux de la situation, par exemple : les moyens à prendre pour augmenter la résilience chez les enfants, les moyens à prendre pour ménager aux jeunes une bonne transition entre l'école et le travail, ou encore les moyens à prendre pour soutenir les personnes à la retraite (y compris les gens qui prennent une pré-retraite, ce qui est de plus en plus fréquent).

Certains documents sont donc rédigés dans une optique macro. D'autres sont axés sur des problèmes précis : le suicide, la violence et la négligence à l'endroit des enfants et des personnes âgées. Nous avons commandé des études centrées sur certains problèmes et sur certains groupes cibles, mais nous avons aussi commandé des études centrées sur des contextes particuliers. Nous avons dit aux meilleurs experts canadiens : «Montrez-nous comment l'école peut changer la vie des gens et améliorer leur santé. Montrez-nous comment le milieu de travail peut changer la santé des gens. Montrez-nous comment la mobilisation d'une communauté peut changer la vie des gens. Montrez-nous comment les politiques financières d'un pays peuvent faire une différence.»

Nous avons maintenant reçu la plupart de ces documents-synthèse. C'est une documentation extraordinaire. On y apprend, par exemple, que le développement du système neuronal chez l'enfant détermine son état de santé à l'âge adulte. En d'autres termes, le «filage» qu'un enfant développe dans son cerveau détermine sa capacité de faire face aux difficultés de la vie, et par conséquent, son état de santé lorsqu'il sera adulte. On y apprend que certains programmes prénatals et préscolaires ont un effet bénéfique sur les enfants. On y apprend également que la mondialisation de l'économie est en train de transformer le marché du travail. Il y aura de moins en moins d'emplois pour les jeunes, et les travailleurs seront mis à la retraite de plus en plus tôt. Mais on y apprend aussi que dans certaines régions, dans certains pays, dans certaines industries, on a réussi à valoriser le travail et, par ce moyen, à améliorer la santé des travailleurs.

Nous avons donc rassemblé des histoires à succès. En méditant sur ces réussites, nous pourrons déterminer les politiques à adopter dans l'avenir. Il est clair que les solutions débordent largement le cadre des seuls ministères de la Santé; les gouvernements de tous les paliers ont en fait un rôle à jouer.

Et maintenant, qu'est-ce que le Groupe de travail sur les déterminants de la santé attend de vous? En bref, nous aimerions premièrement que vous nous disiez si nous sommes dans la bonne voie. Nous aimerions savoir si, à votre avis, le Forum devrait mettre l'accent sur les mesures à prendre pour donner suite aux données recueillies sur les déterminants de la santé. Puis, nous voulons savoir quelles sont vos priorités. Par qui faut-il commencer? les enfants? les adultes? les personnes âgées? Enfin, nous voulons savoir comment vous vous attaqueriez au problème.

Nous sommes sur un terrain complètement nouveau. J'étais ravi, hier, d'entendre le ministre Dingwall parler de la santé de la population. C'était la première fois que j'entendais un politicien dire que les objectifs de santé de la population sont aussi importants que les objectifs d'organisation des soins.

Comme le dit un vieux proverbe, il est extrêmement difficile de trouver un chat noir dans une pièce noire. Mais on ne le trouvera jamais si on ne le cherche pas...

LES VALEURS — NUALA KENNY

Pédiatre, professeure, administratrice de services de santé, médecin se consacrant en grande partie à la formation en éthique médicale, religieuse catholique romaine, tout cela a fait de moi – je crois – une candidate tout indiquée pour siéger au Groupe de travail sur les valeurs du Forum. Et si j'en suis devenue la présidente, c'est à mon avis parce que j'étais la seule candidate.

Tout comme Marc, j'estime que les 18 ou 19 derniers mois ont été très enrichissants. Nous qui faisons partie du Forum et siégeons au Groupe de travail sur les valeurs avons appris une foule de choses. Il est vraiment très difficile de faire la synthèse de toutes ces leçons et connaissances pour vous donner une idée de leur signification.

Ma formation de professeure me porte à dire que ce qui se conçoit clairement s'énonce clairement. Je vais donc commencer par vous rappeler que le groupe de travail dont je suis présidente est le Groupe de travail sur les valeurs. Dans certaines allocutions que j'ai prononcées en public au cours de l'année, j'ai pu dire à l'auditoire qu'il était à la mode d'avoir des valeurs. Tout le monde parle de valeurs. Je trouve cela fascinant qu'au téléjournal du soir, quel que soit le réseau, des membres des grands partis politiques ou des partisans des principales idéologies courantes parlent de valeurs, mais par «valeurs», ils entendent des choses tout à fait différentes.

L'un des grands défis qui s'adressent au Groupe de travail sur les valeurs est donc, à mon avis, de déterminer ce que l'on entend par «valeurs» et quel est le lien formel entre les valeurs et la politique gouvernementale. En d'autres termes, quel lien formel existe-t-il entre les choses auxquelles nous disons attacher une grande importance, et la démarche que nous adoptons pour faire nos choix. Et je vous rappelle que l'un des principaux objectifs des travaux de notre groupe est de cerner les valeurs qui sont chères à la population canadienne et d'en dégager la portée sur la politique gouvernementale.

Je vous demande donc de comprendre les difficultés auxquelles les membres de notre groupe de travail sont confrontés. Nous avons eu de la difficulté à bien cerner notre mission, qui fait bon ton, et dont nous félicitent tous ceux qui savent que le Forum comporte un Groupe de travail sur les valeurs. Mais traduire tout cela en termes précis et concrets nous pose un défi de taille.

Permettez-moi d'abord de vous faire part de quelques réflexions sur ce que nous avons appris sur la nature des valeurs, puis je vous donnerai quelques exemples de nos activités, afin que vous puissiez constater comment nous essayons de faire de lien entre les dires et les choix. Joignons-nous l'acte à la parole? Sommes-nous, dans les faits, fidèles à nos déclarations? Nos choix témoignent-ils des choses auxquelles nous disons accorder de l'importance? C'est là, à mon avis, la question pratique qu'il faut poser – et je signale à ceux d'entre vous qui ne connaissez pas grand-chose à l'éthique que l'éthique n'est pas une chose théorique. L'éthique est la discipline qui traite des choix à faire lorsque le choix comporte des valeurs morales. Notre but est donc d'être utiles non seulement en communiquant aux autres groupes de travail des informations sur les répercussions, l'appui et les obstacles liés aux valeurs, mais aussi en présentant une recommandation à l'ensemble du Forum.

Premièrement, donc, la définition sur laquelle nous fondons nos travaux plus ou moins est la suivante : une valeur est une croyance durable qui guide la conduite et les choix. Nous n'avons pas le temps ce matin d'approfondir tous les éléments de cette définition, mais chacun est important. C'est une croyance; des données factuelles ne suffisent donc pas pour la changer. Elle est durable, non pas immuable, mais c'est une opinion et une attitude. Ce n'est pas se promener rue Principale et demander à cinq personnes ce qu'elles pensent aujourd'hui de telle situation, de telle décision ou de la fermeture de tel hôpital. Donc, une valeur est en fait durable. De plus, elle guide la conduite, et c'est cette caractéristique qui nous intéresse le plus.

Dans nos travaux de recherche, nous avons essayé d'établir l'état de nos connaissances sur la nature des valeurs des Canadiens et des Canadiennes, sur les choses auxquelles ils disent accorder de l'importance en tant que société, et sur la portée de ces valeurs sur le système de soins de santé.

Comme on le disait hier soir, plus que toute autre structure sociale, le système de soins de santé incarne d'une certaine façon des valeurs qui sont très chères à la population canadienne. Les structures sociales incarnent toujours des valeurs, implicitement ou explicitement. Si le système de soins de santé exerce un aussi grand attrait, c'est en fait parce qu'il présente deux caractéristiques que les Canadiens et les Canadiennes croient posséder ou qu'ils aiment croire qu'ils possèdent. Et cette distinction mérite à elle seule un long débat.

Ces deux caractéristiques sont l'équité et la compassion. Ou encore l'équité et le souci de la protection des membres vulnérables de la société. Avant d'énumérer nos projets dans ce domaine, je voudrais vous signaler le dilemme dans lequel nous sommes enfermés; votre apport pourrait nous aider à nous en sortir. Prenons la question de l'équité. Nous nous définissons comme un peuple équitable, aucun doute là-dessus. Mais, croyons-nous vraiment que nous sommes équitables ou aimons-nous croire que nous sommes équitables? C'est un point à examiner.

Cependant, si nous nous fixons comme objectif ou norme que nos décisions soient équitables, que nos politiques soient équitables, que nos structures et nos organisations soient équitables, il reste à définir ce que nous entendons pas «équitable», car la définition de ce qui est «équitable» varie. Nous nous inquiétons du fait que dans les débats sur les valeurs, nous lançons le mot «équitable», mais ne passons jamais à l'étape suivante qui est d'en examiner les différentes acceptions. Puis nous élaborons une politique ou parvenons à une décision pratique et nous maugréons les uns contre les autres, nous accusant réciproquement de ne pas être équitables quand, dès le départ, notre conception de l'équité n'était pas la même. Ce sont là les difficultés qui sous-tendent notre travail et qui ont une portée profonde sur la politique.

Notre groupe est en train de résumer les résultats d'un sondage d'opinion sur les valeurs, et mène à travers le pays, auprès de groupes témoins composés de gens ordinaires, des discussions dirigées sur certaines valeurs et sur leur application à certains choix dans le domaine des soins de santé. Ces discussions obligent les participants à analyser des concepts comme la compassion et le souci de la protection des membres vulnérables de la société, et à les appliquer à des choix précis que des

particuliers, des professionnels de la santé, les commissions régionales des soins de santé et les institutions sont appelés à faire.

Nous étudions aussi la possibilité de formuler une recommandation portant sur la création d'un conseil consultatif national de l'éthique, une recommandation qui avait été abandonnée à la suite de la recommandation de la Commission de réforme du droit, mais qu'il y a peut-être lieu de relancer. Enfin, nous tenterons de faire la synthèse des données que nous possédons sur les valeurs auxquelles souscrit la population, d'établir si nous avons changé en tant que société, et de cerner la portée de tout cela, c'est-à-dire comment incorporer ces valeurs dans la *Loi canadienne sur la santé*. Nous proposerons peut-être que certaines valeurs soient réexaminées à la lumière des connaissances que nous acquerrons. C'est une tâche ardue, mais que nous jugeons essentielle au reste de l'activité.

L'ATTEINTE D'UN ÉQUILIBRE — TOM NOSEWORTHY

Il y a tout un monde entre le traitement à l'unité des soins intensifs d'un malade qui s'est empoisonné, ou qui est en overdose, et l'étude du rééquilibrage du système de santé et de soins de santé, mais je prends plaisir à jouer un rôle sur tous ces plans. Lors de la première réunion du Forum il y a environ 18 mois, l'un des thèmes dominants qui se sont dégagés des discussions était la nécessité de se pencher sur le rééquilibrage du système, et la répartition équilibrée des ressources au sein du système de soins de santé et entre le système de soins de santé et les autres secteurs d'intérêt public.

Le Groupe de travail sur l'atteinte d'un équilibre est chargé d'étudier la nature, les modalités et l'ampleur des ajustements à apporter pour équilibrer l'utilisation des ressources disponibles de manière à en maximaliser l'impact sur la santé. Dans le cadre de cette conférence, nous sollicitons vos opinions sur de nombreuses questions fondamentales que nous nous sommes posées. Et nous nous en sommes posé des milliers. Par exemple, si nous nous dirigeons progressivement vers un modèle axé sur la santé des populations, faut-il envisager une vaste réaffectation des ressources entre le système de soins de santé et le système de santé? Quel est le juste milieu à établir entre la prévention de la maladie et les soins curatifs dans notre système de santé? Et quelles mesures pouvons-nous prendre pour avancer dans cette voie? Quel devrait être le rôle du financement public et du financement privé? Et comment déterminer quels services devraient être financés par l'État? Quels mécanismes nationaux faut-il pour maintenir le bon dosage de financement public et privé? En aurions-nous plus pour notre argent si le système financé par l'État était structuré de manière à favoriser la concurrence entre les fournisseurs de services? Quelles forces sous-tendent l'importance croissante des produits pharmaceutiques dans notre système de santé, et comment pouvons-nous établir l'équilibre qui convient entre les ressources et la responsabilisation dans ce domaine? Voilà quelques-unes des milliers de questions que nous nous posons.

Ce sont des questions difficiles, et je voudrais souligner que nous tenons beaucoup à votre apport au débat. Vous êtes les décideurs clés du secteur de la santé et des soins de santé, et nous prisons tout ce que vous avez à dire sur ces sujets. Nous avons essayé d'incorporer quelques-uns de ces points dans les questions que nous vous posons aujourd'hui. Votre apport et celui du grand public complètent nos travaux et nos études. Nous espérons accomplir bien des choses au sein du Groupe de travail sur l'atteinte d'un équilibre, en particulier dans les six volets de nos travaux en cours.

Le premier volet est celui des comparaisons internationales. Nous examinons attentivement les dépenses de santé et les indicateurs de l'état de santé de la population dans tous les pays membres de l'OCDE, mettant le Canada en comparaison avec les autres pays. À chaque comparaison, nous hésitons et nous nous interrogeons sur sa validité. Les sujets sont-ils vraiment comparables? Les indicateurs – la couverture sociale, les dépenses de santé en pourcentage du PIB, etc. – permettent-ils d'établir des comparaisons valables? Notre comparaison sur l'utilisation des hôpitaux est-elle juste? Notre comparaison sur l'état de santé de la population? Et ainsi de suite.

Nous avons publié un document de travail sur le financement public et privé du système de santé au Canada, que bon nombre d'entre vous avez sans doute vu. Nous mettons actuellement la dernière

main à un deuxième document qui contient une analyse approfondie du financement public et privé du système de santé et évalue les diverses solutions qui s'offrent à nous pour déterminer l'étendue de la couverture publique.

Si le Canada doit se doter de systèmes de santé privés, il faudrait que cette privatisation se fasse à l'issue d'une mûre réflexion et d'un long débat, au lieu de se produire comme un accident au milieu de la nuit. Il y a beaucoup d'éléments du système de soins de santé que nous pouvons envisager de privatiser, mais attendons d'y avoir mûrement réfléchi et d'en avoir discuté avant de passer aux actes. Nous avons entrepris une étude sur les nouvelles structures organisationnelles adoptées au Canada et à l'étranger dans le secteur des soins de santé, et nous sommes en train de formuler notre pensée sur les modèles à intégration verticale. De plus, nous avons conseillé le gouvernement fédéral notamment sur les transferts aux provinces et sur le seuil en espèces du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux. Nous collaborons avec le Groupe de travail sur la prise de décisions fondées sur des données probantes, que préside Karen et qui se penche sur de nombreuses questions concernant les produits pharmaceutiques.

Enfin, nous avons l'intention d'approfondir l'analyse des meilleurs moyens à prendre pour bien équilibrer l'utilisation des ressources disponibles entre la prévention de la maladie et les soins curatifs au sein de notre système de santé. Nous songeons à organiser un atelier d'experts dans un avenir prochain. Certes, nous nous rendons bien compte que le système de santé du Canada a déjà fait l'objet de vastes réformes et qu'il s'est déjà produit un grand rééquilibrage. Je n'ignore pas que vous, les décideurs clés du système de santé et de soins de santé, dépensez vos forces à réaménager les ressources disponibles. Nous cherchons à aborder le sujet dans une perspective à long terme et à vous aider à certains égards dans le travail que vous faites peut-être déjà.

Mais nous savons tous que le rééquilibrage est une tâche difficile, même dans les circonstances les plus favorables, car des revenus, des emplois et des établissements sont en jeu. J'incite ceux d'entre vous qui participerez aujourd'hui aux séances portant sur les sujets qui nous intéressent à y réfléchir dans l'optique de l'intérêt public général. Je vous prie de participer aux discussions en ayant présent à l'esprit le plus grand bien de la population canadienne, et d'adopter en toile de fond une perspective organisationnelle ou individuelle axée sur la recherche de solutions, car en fin de piste nous devrons tous travailler ensemble si nous voulons parvenir à un bon équilibre.

PRISE DE DÉCISIONS FONDÉES SUR DES DONNÉES PROBANTES — KAREN GAINER

Le Groupe de travail sur la prise de décisions fondées sur des données probantes semble avoir attiré tous les avocats du Forum. En tant qu'avocate plaidante, j'ai l'habitude d'aborder les éléments de preuve comme des indices d'événements qui se sont déjà produits, alors que dans le contexte de la prise de décisions en matière de santé, on recherche des données probantes pour prévoir l'avenir. Le point de vue est très différent.

Notre groupe de travail a pour but d'examiner les moyens à prendre pour soumettre le processus décisionnel à des normes de preuve et pour changer la culture qui entoure la prise de décisions en matière de santé. Nous recherchons un moyen de garantir que les décisions en matière de santé et de soins de santé reposent sur les données disponibles les plus sûres. Nous estimons que cette démarche est importante à tous les niveaux décisionnels – des professionnels de la santé jusqu'aux patients en passant par les administrateurs et les auteurs des politiques.

La définition de la prise de décisions fondées sur des données probantes sur laquelle reposent nos travaux est la suivante : l'application systématique de données probantes à l'évaluation des options dans la prise de décisions cliniques, administratives et politiques. Je précise qu'il s'agit essentiellement d'une définition préliminaire et que nos travaux actuels visent notamment à développer cette définition.

Cela ne veut pas dire que les systèmes de santé et de soins de santé ne reposent pas sur des données probantes. Ce serait manifestement faux. Cependant, nous avons tous connaissance de méthodes confirmées sur lesquelles nous disposons de données sûres, mais qui ne sont pas mises en pratique. Nous avons tous connaissance aussi de pratiques qui persistent et que les données disponibles les plus sûres ne justifient pas nécessairement.

Pourquoi n'agissons-nous pas en fonction des données probantes que nous possédons? Quels sont les obstacles qui nous empêchent d'effectuer des changements fondés sur les faits? Ces obstacles sont nombreux, et ils se présentent sous diverses formes et structures. Nous voulons les repérer et essayer de les supprimer. L'un des plus puissants freins au changement est l'accès à l'information. Les données probantes sont-elles disponibles dans une forme qui est facile à comprendre et facile d'accès?

Il y a d'autres questions sur lesquelles nous devons nous pencher. Par exemple, est-ce que les incitatifs que renferme actuellement le système constituent des entraves? Et que dire des autres groupes d'intérêts qui font partie du système? On ne peut qu'imaginer à quel point le débat sur la réduction des effectifs des hôpitaux et sur la fermeture d'hôpitaux prendrait une autre allure s'il portait uniquement sur les données probantes. Il ne faut pas oublier non plus que les données probantes ne se réduisent pas simplement à des études sur des échantillons aléatoires et contrôlés. Les données probantes qui orientent les décisions sont de divers ordres : social, politique ou essentiellement financier.

Comme point de départ, nous avons abordé notre tâche avec la ferme conviction que nous possédions déjà les principales composantes nécessaires pour améliorer notre système de soins de santé. Le Canada dispose d'une bonne infrastructure de recherche, et il existe une documentation volumineuse sur ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas. Il nous faut changer nos politiques de manière à asseoir nos choix en matière de santé sur cette masse de connaissances. Notre groupe de travail sollicite aujourd'hui vos opinions sur de nombreuses questions auxquelles nous cherchons des réponses depuis un an.

On nous a dit qu'il fallait renforcer le rôle de la prise de décisions fondées sur des données probantes. Cela soulève la question suivante : le système de santé de demain sera-t-il très différent de celui d'aujourd'hui s'il s'inscrit dans une culture où la prise de décisions repose généralement sur des données probantes?

Des questions fondamentales se posent. Par exemple, qu'est-ce qu'une «donnée probante»? Comment saurons-nous que le moment est venu de modifier nos pratiques? Les normes de preuve varient-elles selon la culture ou la perspective sur la santé dans laquelle on se situe? Quelle infrastructure faut-il pour implanter un mode de prise de décisions fondées sur des données probantes? Quelle infrastructure d'information sur la santé faut-il pour étayer la prise de décisions fondées sur des données probantes au Canada? Et quels moyens devons-nous prendre pour y parvenir?

Quels sont les outils et les renseignements dont nous devons nous doter pour améliorer la prise de décisions de la part des fournisseurs de soins, des patients et des auteurs des politiques? Ce sont des questions très difficiles, et nous sommes impatients de recueillir vos avis. Votre apport au débat servira de complément aux études que nous avons commandées pour nous aider à formuler des propositions de politiques plus précises.

Outre la consultation de professionnels du milieu de la santé comme vous, nous sollicitons l'avis de la population en général par l'intermédiaire de groupes de discussion et au moyen des milliers de cahiers de travail que le Forum a distribués. En bref, les études qu'a commandées notre groupe de travail visent notamment à examiner le concept de «données probantes» et de prise de décisions fondées sur des données probantes, et à relever des cas où le mode de prise de décisions fondées sur des données probantes a été adopté avec succès, de même que des cas qui mettent en évidence des lacunes à combler.

Nous examinons également l'infrastructure de l'information sur la santé requise pour appuyer la prise de décisions fondées sur des données probantes, de même que les outils d'aide à la décision qui font appel à l'informatique pour accroître l'efficacité de la prise de décisions en matière de soins de santé. Nous cherchons aussi à formuler des stratégies qui permettront d'élargir le rôle des Canadiens et des Canadiennes dans la prise de décisions en matière de santé et de soins de santé.

La prise de décisions fondées sur des données probantes a fait l'objet de nombreux travaux à travers le pays. Nous espérons bâtir sur les résultats de ces travaux. Le défi qui s'adresse à nous est de transformer notre mode de prise de décisions de sorte que les décisions en matière de santé reposent

sur des données probantes, et non pas uniquement sur la nécessité d'équilibrer les budgets; il faut aussi tenir compte de leurs répercussions à long terme sur la santé de l'ensemble de la population. Il nous faut adopter un mode de prise de décisions fondées sur des données probantes si nous voulons éviter les décisions arbitraires.

Votre apport nous est essentiel. Je suis impatiente de prendre connaissance de vos idées. Je vous assure que votre aide jouera un rôle important dans nos travaux.

À LA RECHERCHE DE SOLUTIONS POUR LA SANTÉ — LOUISE NADEAU

La première chose à faire est d'établir la distinction entre la santé et le système de soins de santé. Au Forum national sur la santé, il est clair que c'est la santé qui est notre locomotive. Notre but est d'améliorer la santé des Canadiens et des Canadiennes.

Au tout début du Forum, Richard Lessard disait que ce qu'on vise au Canada, c'est non pas d'avoir de bons garages, mais des autos qui fonctionnent bien. Cela reste la perspective du Forum. Par ailleurs, il devient clair – et Marc Renaud l'a très bien mis en évidence – que nos habitudes de vie, la façon dont on fait face à des situations très pénibles (la perte de son emploi, par exemple), la façon dont on fait face à certaines difficultés chroniques telles que les soins à donner à un enfant handicapé, une maladie chronique ou la pauvreté, tous ces facteurs ont une portée sur la santé. La réponse de la société à ces problèmes constitue également un facteur.

Vivons-nous dans une société qui nous soutient, ou au contraire dans une société qui nous menace et nous rend les choses plus difficiles? La façon dont on a été élevés – toute cette question du développement de l'enfant – est nettement plus importante que le système de soins. Et c'est le fondement de nos travaux.

Quand nous avons consulté les Canadiens à travers le pays sur la santé et les soins de santé, nous avons pris note de leurs réponses. Je voudrais vous faire part de certaines d'entre elles. Quand nous parlons des facteurs qui influencent la santé, il est clair qu'il s'agit d'un ensemble de facteurs. En tête de liste figure le revenu. Mais il y a aussi d'autres facteurs : l'environnement, l'hérédité et l'éducation. Essentiellement, nous avons constaté qu'il existe un lien de cause à effet entre le revenu et la santé.

Plus une personne a un revenu élevé, plus elle vit longtemps; par contre, plus une personne est pauvre, plus sa vie est courte. Dans certains pays où l'inégalité devant la mort est moins évidente, l'écart entre les riches et les pauvres est moins grand. Cela dit, il existe une disparité au Canada selon le revenu, et il est évident que tous en tireraient profit si elle diminuait.

Les données sur le Canada font voir que plus le revenu du ménage et plus le niveau de scolarité sont élevés, plus on se préoccupe de la santé. Par contre, les plus démunis accordent moins d'importance à la santé. Il existe aussi un rapport entre la longévité et l'importance accordée à la santé. Nous avons constaté que les dépenses de santé variaient parmi les pays membres de l'OCDE. Les États-Unis consacrent 14 p. 100 de leur PIB à la santé; le Canada se classe au deuxième rang, suivi de la France, de l'Allemagne, de la Suède, du Japon et du Royaume-Uni. Les données indiquent qu'il n'y a pas de rapport entre les dépenses de santé et la longévité. Le pays à ne pas imiter est, bien sûr, les États-Unis où l'espérance de vie est plus courte et le taux de mortalité infantile plus élevé. Les performances du Canada sont un peu moins bonnes que celles du Japon et de la Suède (qui consacre moins d'argent à la santé), mais elles sont comparables à celles de la France et du Royaume-Uni. Il en ressort que le montant des dépenses de santé par habitant au Canada et dans les autres pays membres de l'OCDE n'est pas garant de l'état de santé.

Dans les années 70, on soutenait que plus on consacrait d'argent à la santé, meilleure était la santé de la population; c'est une théorie qui n'a pas été validée. Nous savons qu'entre 1975 et 1995, les dépenses de santé ont augmenté considérablement, et tout particulièrement les sommes consacrées aux médicaments. Le ministre Dingwall y a fait allusion hier. (En 1975, les médicaments représentaient 8,9 p. 100 des dépenses de santé, alors qu'aujourd'hui cette proportion est passée à 15,1 p. 100.) En 1993-1994, les dépenses de santé constituaient une partie importante du budget national, soit 13,1 p. 100. Nous, les membres du Forum, et tous les Canadiens, devrons nous attaquer à ce problème au cours des prochaines années.

J'ai oublié de parler des enfants. Quand on examine la pauvreté, on constate qu'au Canada, les choses ne vont pas très bien. En fait, il y a de plus en plus d'enfants pauvres. Nous avons déjà signalé l'importance de donner de bons soins aux enfants de la naissance jusqu'à l'âge de trois ans, afin qu'à l'âge de cinq ans, lorsqu'ils commenceront l'école, ils soient capables de se concentrer, possèdent la maîtrise de soi nécessaire pour interagir avec leurs camarades, et aient un développement cognitif suffisant pour assimiler la matière enseignée. Les enfants qui poursuivent leurs études, qui apprennent à lire, jouissent d'une meilleure santé lorsqu'ils atteignent l'âge adulte.

Nous avons consulté les Canadiens. Qu'avons-nous appris? Dans l'ensemble, ils comprennent fort bien que la santé, c'est du travail, c'est une bonne instruction, et c'est aussi une communauté saine. Ils comprennent également que chacun est responsable de sa santé, que les habitudes de vie jouent un rôle important, et qu'il faut faire une utilisation responsable des soins de santé. Cependant, quand on examine ce qui les préoccupe, on a un tout autre tableau. Ils sont préoccupés par la maladie et par les effets de la maladie sur leurs proches. Ils sont préoccupés par le système de soins et par le virage ambulatoire qui n'est pas réussi de façon égale à travers le Canada. Ils ont très peur de perdre leur système de soins de santé.

Tom Noseworthy l'a dit : les Canadiens craignent qu'un accident ne se produise, et qu'un bon matin ils se réveillent et constatent que leur système de soins de santé est disparu sans qu'ils s'en soient rendu compte. Enfin, et Nuala nous l'a dit clairement, il est difficile de choisir, mais il faudra faire des choix.

Nous sommes enfermés dans un paradoxe. Les Canadiens sont préoccupés par la santé. Ils veulent, bien sûr, un système de soins puissant sur lequel ils pourront toujours compter. Quand on fait appel à leur raison, ils s'attachent au bien commun et demandent des politiques qui valorisent le travail, l'éducation, la famille et les enfants. Voilà où réside le paradoxe. L'innovation au Canada ne sera possible que si nous faisons face à notre peur et la surmontons. Nous devons aussi nous demander qui, au sein du système canadien de soins de santé, a intérêt à alimenter la peur. Qui, par exemple, a intérêt à faire croire à la population que la fermeture d'hôpitaux met en péril la prestation des soins? Voilà autant de questions auxquelles il faudra trouver des réponses.

Pour terminer, je voudrais vous poser quelques questions. La première est celle de Marc Renaud : «Et alors? Qu'est-ce qu'on fait? Comment aller au-delà de la théorie? Comment trouver le chat noir dans la pièce noire?»

Deuxièmement, il nous faut des politiques nationales qui nous amèneront au prochain millénaire, des politiques fondées sur une vision d'ensemble. Par ailleurs, il ressort de nos travaux et de tous les documents-synthèse que nous avons reçus que toute action collective doit tenir compte du bien commun. L'approche «taille universelle» ne marchera pas. Les Canadiens que nous avons consultés estiment que les politiques fédérales ne sont pas assez souples pour répondre aux besoins des collectivités. Il y a aussi toute la question de l'obligation de rendre compte des fonds publics. Il nous faut des critères, et il n'est pas facile d'établir des critères dans un régime démocratique fondé sur l'obligation de rendre des comptes.

La question de la coopération intersectorielle se pose également. Quels moyens devons-nous prendre pour nous assurer que les professionnels de la santé, de l'éducation, des communications et de la sécurité publique collaborent? L'un des documents-synthèse que nous avons reçus fait état d'un fait très alarmant. Les enfants, disons de cinq à dix ans, qui sont victimes d'abus sexuel sont traumatisés lorsqu'ils révèlent la violence qu'ils ont subie. Le système de justice intervient alors, et les professionnels de la santé ne peuvent plus faire leur travail. Les choses ne se déroulent pas ainsi partout, mais ça arrive. Le fait même que la situation se produise souligne la nécessité d'harmoniser tous les services.

Dans le domaine de l'alcoolisme et de la toxicomanie, qui est mon domaine de spécialisation, on ne peut pas formuler de bonnes politiques de prévention sans que la sécurité publique et la justice ne travaillent de concert. La question de la responsabilité intersectorielle n'est pas toujours résolue à l'étape de la mise en oeuvre, et c'est là un défi que nous devons relever. D'autre part, il est clair que nous devons modifier la façon dont nous finançons les soins de santé de manière à tenir compte des promesses d'une intervention ou d'un médicament. Les budgets doivent être établis en conséquence. Là aussi, il y a un énorme travail à faire. Tom Noseworthy a fait allusion au problème de la surconsommation de médicaments, qui ressort clairement des données.

L'information que nous avons recueillie nous porte à croire que le modèle envisagé sera probablement multivarié. Nous devons tenir compte des attentes des patients et des médecins, de la perception de la population vis-à-vis des médecins, et de toute la question des trusts pharmaceutiques. Comment allons-nous réussir à régler ce problème coûteux qui touche au financement, à l'exercice de la médecine, aux attentes et à la relation médecin-patient?

Et la prévention? Dans quelle mesure allons-nous exiger des preuves des effets bénéfiques de la prévention avant de financer des programmes de ce genre? Ces questions sont très épineuses, car la médecine est une science fondée sur des données probantes. Il y a un vide scientifique quand on évalue les actions préventives. Il est extrêmement difficile d'en démontrer l'efficacité. Par ailleurs, nous savons que la prévention est la solution et que nous devons établir des critères. Souvent, les demandes de subvention sont rejetées parce que les résultats de travaux de recherche ne sont pas jugés valides ou concluants.

Deux autres facteurs interviennent. Ils ont trait aux aspects psychosociaux de la santé et sont liés à la pauvreté, à l'éducation et à l'effet des infrastructures sur l'individu. La passivité, l'incapacité de

résoudre des problèmes, le manque d'estime de soi, le sentiment de dépossession – voilà les effets néfastes de la pauvreté sur la personne. Et les professionnels de la santé doivent tenir compte de ces facteurs dans leurs diagnostics et les traitements qu'ils prescrivent.

Pour terminer, je voudrais vous signaler qu'un des grands défis qui se posent à nous en matière de santé est de vaincre la peur irrationnelle qui immobilise actuellement la population canadienne, et d'adopter une perspective globale, plus raisonnable. À long terme, une telle perspective sera sans doute plus saine et plus productive. Trop d'émotivité ne peut que nuire à l'adoption d'une attitude responsable par tout le monde, dans la recherche d'une longue vie en bonne santé.

À LA RECHERCHE DE SOLUTIONS POUR LES SOINS DE SANTÉ — NUALA KENNY

Je tiens vraiment à ce que mes observations sur les soins de santé vous soient utiles, car les propositions et les conseils que vous nous communiquerez et que nous, en tant que Forum, adresserons au Premier ministre et à la population canadienne sur la santé et les soins de santé sont importants.

Presque tous les petits groupes de discussion que nous avons organisés se sont penchés sur la question de savoir si le débat portait sur la santé ou sur les soins de santé. Il porte en fait sur les deux. Au niveau du Forum, nous tentons – nous les 24 bénévoles avec nos différents points de vue et avec le concours de notre personnel – d'élaborer une vision de la santé pour le Canada de l'an 2000 et au-delà. C'est donc une vision qui dépasse le champ du système actuel. En corollaire se pose la question très importante des moyens à prendre pour concrétiser cette vision et pour s'assurer que les composantes du système actuel qui fonctionnent ne sont pas démantelées à mesure que nous passons à une vision plus globale de la santé et des soins de santé.

Je vais résumer brièvement les raisons pour lesquelles, à mon avis, notre système de soins de santé est en crise; puis je décrirai quelques-uns des défis qui se posent quotidiennement à nous, professionnels de la santé. Ceux d'entre vous qui oeuvrez dans le milieu de la santé n'aurez aucune difficulté à les reconnaître, ni ceux d'entre vous qui avez déjà été des patients ou qui comptez des patients parmi vos proches. Enfin, je soulèverai des questions génériques qui sous-tendent selon moi les discussions auxquelles chacun d'entre vous participera et sur lesquelles nous avons besoin de conseils.

Permettez-moi d'abord de vous faire part de quelques réflexions personnelles. Je suis médecin. J'occupe les postes de chef de pédiatrie et de directrice de département d'université depuis huit ans en Nouvelle-Écosse, postes que j'ai occupés pendant trois ans à l'Université Queen's de Kingston, en Ontario, avant cela. Je compte donc 11 années d'expérience comme chef de pédiatrie, dont 8 dans un hôpital autonome pour enfants, à une époque qui a vu croître le phénomène des compressions des dépenses dans le secteur des soins de santé. L'année où j'ai assumé la direction du service de pédiatrie de l'hôpital pour enfants de Halifax est l'année où l'hôpital a adopté son premier programme de réduction du déficit. Ça ne s'était jamais produit auparavant.

À la première réunion du conseil d'administration à laquelle j'ai participé en qualité de chef de pédiatrie à l'hôpital *Izaak Walton Killam*, le conseil s'est penché sur l'élimination du déficit. Il semblerait que mon prédécesseur n'avait jamais été confronté à cette contrainte; s'il avait une idée un jour, il y donnait suite le lendemain et, trois semaines plus tard, persuadait le gouvernement de financer son projet. En tant que pédiatre et chef de pédiatrie dans un hôpital de soins tertiaires répondant aux besoins complexes et graves des enfants des Maritimes, mon dévouement aux enfants et à leur famille est entier, et les soins de santé me tiennent beaucoup à coeur.

Par ailleurs, je suis résolue à promouvoir la santé des Canadiens et des Canadiennes, et à réaliser la vision de la santé et des soins de santé que le Forum cherche à créer. Je ne crois pas que ces

engagements s'opposent. Les questions et les défis qui se posent portent sur l'agencement de différents «biens» au sens philosophique du terme. C'est très souvent l'enjeu de la réflexion sur l'éthique. Il s'agit rarement d'un choix clair entre le bien et le mal, bien que nous soyons parfois confrontés à de tels conflits. Il s'agit presque toujours de choisir la solution la plus bénéfique parmi deux, quatre ou dix possibilités qui sont toutes «moralement bonnes». C'est le défi qui s'adresse à nous aujourd'hui.

Je me suis débattue avec des compressions de personnel et des réformes dans une situation où je me sentais personnellement très responsable de la qualité des soins offerts aux membres les plus malades et les plus démunis de notre société, c'est-à-dire les enfants malades.

Ma mère disait qu'il faut être deux pour se battre. Sa grande sagesse d'Irlandaise catholique est encore valable aujourd'hui. Dans toute divergence d'opinions, il y a du vrai et du tort de part et d'autre.

Dans le débat sur la place que doivent occuper les soins de santé dans cette nouvelle vision de la santé, je vous prie de ne pas oublier que le «bien» prend différentes formes selon le point de vue, et qu'un vaste éventail de personnes engagées et bienveillantes apportent des perspectives différentes au débat. Je vous prie de respecter les opinions des autres. Nous sommes tous aux prises avec la même question, même si nos antécédents diffèrent, si nos intérêts ne sont pas les mêmes, si nous n'avons pas reçu la même formation ou si nous ne bénéficions pas des mêmes avantages historiques que confère l'exercice du pouvoir. De nos jours, les changements se précipitent et nous avons tous la frousse. Sous l'emprise de la peur, on ne voit pas toujours ce qu'il a de meilleur chez les autres. Dans notre réflexion, il serait donc utile de nous efforcer de comprendre les difficultés que le changement pose à tous.

Et maintenant, l'histoire de l'assurance-maladie en trois minutes... Il est important de nous situer dans une perspective historique. C'est vrai pour toutes les questions, qu'elles soient d'ordre moral, médical, personnel, religieux, etc. N'oubliez pas quelle est notre case de départ, car nous sommes portés à ne pas regarder plus loin dans notre passé que notre case de départ, que nous assimilons à notre point d'origine historique. Nous croyons que l'histoire de la médecine, l'histoire des soins de santé, l'histoire de la médecine et des soins de santé au Canada, se résume aux 30 ou 50 dernières années.

C'est faux, mais c'est notre histoire, et nous abordons le débat avec un point de vue très particulier. Voici les caractéristiques du système de soins de santé dans le cadre duquel nous vivons et nous soignons nos patients depuis 30 ans : le gouvernement fédéral verse des fonds aux provinces. À ces transferts, les provinces ajoutent des fonds et le tout finance un système de soins de santé qui est organisé et coordonné par les provinces. La filière conduit donc du gouvernement fédéral aux gouvernements provinciaux qui mènent le bal.

Puis, l'État paye les médecins pour tous soins de santé qu'ils fournissent, et paye tous les soins fournis en milieu hospitalier. Les soins de santé qui ne s'inscrivent pas dans ce complexe médico-hospitalier ne sont pas payés de la même façon. À l'intérieur des hôpitaux, la couverture est totale :

médicaments, soins infirmiers, physiothérapie, nutrition, etc. En dehors de l'hôpital, la couverture se limite aux services du médecin; les autres éléments se désagrègent.

Il y a ici deux réalités qu'il faut comprendre. La première est la conséquence naturelle de l'orientation donnée au système : le système a utilisé ce qu'il avait – ce fut un renforcement. Les médecins n'ont pas imposé la médicalisation des soins à la population; la population ne l'a pas exigée des médecins. Les deux phénomènes se sont produits. Ensemble, nous avons continuellement tourné notre système vers la médicalisation, la professionnalisation et l'institutionnalisation de nos soins de santé.

L'époque à laquelle les promesses associées à la *Loi canadienne sur la santé* se sont réalisées est importante dans le contexte de l'évolution de la médecine et de la technologie, car la médecine et la technologie ont changé énormément au cours des 30 ou 40 dernières années – c'est un phénomène que j'aborde souvent comme étant l'essence même de la réflexion morale à notre époque.

Avez-vous bien compris que de notre vivant, nous avons transformé la nature même de la médecine? De notre vivant, nous avons changé la définition de la «mort».

Si je reculais au temps, non pas de ma bonne mère irlandaise, mais de ma bonne grand-mère irlandaise, et qu'elle savait que j'anime un séminaire de trois heures sur la définition de la «mort», elle se poserait de sérieuses questions sur ce que je fais de mon temps. La mort! Le sort inéluctable de tout être humain. Comment peut-on en discuter? Or, la nature de la science humaine et de la technologie est si puissante que la conception que l'homme a eu de la «mort» depuis le début des temps et dans toutes les cultures est aujourd'hui dépassée. Avez-vous bien saisi à l'aide de cet exemple paradigmatique l'influence profonde que la science moderne et la technologie exercent sur nous?

Pensez à notre histoire récente (qui est la seule histoire que nous connaissons vraiment), aux grandes percées de la science et de la technologie modernes. Quel a été notre parcours? Nous avons fait route avec des gens qui veulent de nouvelles machines, de nouveaux médicaments, et de nouveaux remèdes quotidiennement, au point où des parents nous amènent leurs enfants à l'hôpital *Izaak Walton Killam* et s'attendent à ce qu'on les guérissent, voire l'exigent. La littérature de la médecine n'a jamais conféré aux médecins le devoir ou l'obligation de «guérir» les malades. Ce langage appartient à notre époque. À l'attente de la guérison, alliez la hausse vertigineuse du coût des merveilles de la science et de la technologie, et vous vous retrouverez inévitablement dans une situation conflictuelle.

Les gens croient aujourd'hui à la médecine et aux technologies médicales comme leurs ancêtres croyaient autrefois en Dieu. Leur foi en la médecine moderne est aveugle et entière. La médecine et la technologie médicale vont tout réparer, tout remettre à neuf, sans conséquence! Aujourd'hui, alors que cette foi se répand et s'enracine dans notre monde, nous avons un à-côté, ce que j'appelle le «bon sens» – le bon sens des gens ordinaires, membres de la profession ou autres, qui comprennent les limites de la science et de la technologie, qui comprennent que les ordonnances, les interventions médicales et les professionnels de la santé ne peuvent soulager toute la détresse humaine. Mais le fait

est que nous possédons aujourd'hui plus de 60 différentes spécialités médicales reconnues. Comment faire un enfant, comment trouver un conjoint, comment élever un enfant, comment composer avec la révolte des adolescents, comment composer avec le malheur, tous ces actes sont aujourd'hui médicalisés. Il ne s'agit pas de maladies. Aucun de ces phénomènes ne constitue une maladie.

Ainsi, avant que je vous convie à réfléchir à la place à accorder aux soins de santé dans le continuum de la santé, il faut que vous compreniez qu'il ne s'agit pas d'un débat conflictuel, que nous ne sommes pas rangés en deux camps qui s'opposent. Sur le plan socioculturel, nous sommes tous solidaires, nous assistons tous aux progrès étonnants de la science et de la technologie modernes.

Je suis fière d'exercer la médecine dans le système canadien de soins de santé, fière d'être pédiatre dans l'hôpital où j'exerce. Je suis un bon médecin, et les membres de notre équipe prodiguent d'excellents soins aux enfants et aux familles qui viennent à eux, mais nous ne sommes pas parfaits. La population est extrêmement exigeante, et les coûts sont aujourd'hui exorbitants. Je n'ignore pas cependant que, dans ce débat sur la nouvelle vision globale de la santé, ceux d'entre vous qui n'oeuvrez pas dans le secteur des soins de santé craignez que le souci inévitable de l'adéquation des soins de santé n'aveugle les gens et ne les empêche de voir l'ensemble.

Quant à nous, les professionnels de la santé, et notamment les médecins, nous craignons que dans votre souci de la vision d'ensemble, vous persistiez à exiger la même qualité de soins au sein du système de soins de santé, alors que nos ressources ne cessent de diminuer. Le fait est que nous sommes tous dans le même bateau. La question fondamentale est la suivante : dans la formulation de cette nouvelle vision d'ensemble, quelle est à votre avis la place qu'il convient d'accorder aux soins de santé dans le continuum de la santé? Il ne s'agit pas d'opposer «santé» à «soins de santé». Il s'agit de définir la place qui appartient aux soins de santé au sein du système de santé et, dans ce contexte, de cerner la perspective à adopter au sein du système de soins de santé. Voici les questions fondamentales sur lesquelles nous devons nous pencher.

Premièrement, quelle place convient-il d'accorder à la prestation professionnelle de soins de santé dans le continuum de la santé, et croyez-vous qu'à l'intérieur même du secteur des soins de santé, nous ayons commencé à nous pencher sur le continuum de soins qu'il convient d'offrir et dont nous avons toujours reconnu l'existence? La prévention de la maladie, la promotion de la santé, les soins actifs primaires, secondaires, tertiaires et maintenant quadrinaires, la rééducation, les soins palliatifs, les soins aux malades chroniques, les soins de longue durée. Au sein même du système de soins de santé, nous mettons l'accent sur la science et la technologie. Pourquoi? Parce que la science et la technologie sont prodigieuses et qu'elles ont permis de faire des merveilles.

Il nous faut donc réexaminer le continuum au sein du système de soins de santé. La santé publique est un sujet de préoccupation depuis l'époque d'Hippocrate, le père de la médecine occidentale. Il existe des agents de la santé publique depuis le début de la civilisation hellénique, mais ils ont toujours été relégués au second plan. Nous devons tous composer, d'une façon ou d'une autre, avec la notion, essentiellement humaine, qu'une intervention ou une machine reluisante nous impressionne plus que la dynamique humaine.

Quelle est donc la place qu'il convient d'accorder aux soins de santé à l'intérieur du continuum de la santé? Quels moyens pouvons-nous prendre pour nous assurer qu'avec l'adoption de cette nouvelle vision globale du système canadien de santé, nous ne détruisions pas les excellents soins de santé que nous fournissons actuellement à la population canadienne? Comment pouvons-nous améliorer ces soins? Et pouvons-nous apporter une réponse adéquate à la question du continuum, et ce, même au sein du système de soins de santé?

Deuxièmement, pouvons-nous établir si les besoins en soins de santé sont uniques ou pas? Nous les traitons en fait comme s'ils étaient uniques. Deux ou trois questions découlent de cette considération philosophique générale, à savoir :

- Les besoins en soins de santé diffèrent-ils des autres besoins en soins?
- Pourquoi nous faisons-nous un devoir et une obligation en tant que nation de combler nos besoins en soins de santé d'une façon particulière?

Les questions suivantes sous-tendent cette réflexion : quel est le cadre de responsabilisation auquel il faut assujettir les soins de santé? Ici tout comme au Forum, j'ai entendu à maintes reprises des gens parler de l'obligation de rendre des comptes. Ce n'est certes pas une chose sur laquelle nous avons insisté dans la mise en pratique des principes formulés dans la *Loi canadienne sur la santé*. Personne n'est tenu de rendre des comptes. Mais aujourd'hui, quand les temps sont durs, allons-nous, sans preuve scientifique, obliger toutes les personnes atteintes d'une maladie dont la cause réside peut-être dans leur mode de vie à en assumer la responsabilité? Allons-nous leur dire : «C'est de votre faute!»?

Avec la réforme du système de santé que nous amorçons, faut-il craindre de passer d'un extrême à l'autre, de passer de la surmédicalisation et d'un manque d'habilitation et d'information de la population en matière de soins de santé, à la responsabilisation entière des malades, parce qu'ils auraient dû assumer la responsabilité de leur santé dès le départ?

Qu'est-ce qui est à l'origine d'un tel revirement? Est-ce notre ignorance des liens qui existent vraiment entre les différents comportements et modes de vie et certaines maladies? Quelle forme doit-on alors donner à la responsabilisation? Doit-elle prendre une forme punitive à l'échelle individuelle, ou les besoins en soins de santé échappent-ils à la règle habituelle?

Que faut-il entendre par «soins de santé appropriés»? On peut donner au terme «services essentiels» ou «médicalement nécessaires» la définition que l'on veut. On peut en restreindre la portée aux affections «qui menacent la vie du malade» ou «qui menacent la vie du malade dans les prochaines 24 heures». On peut lui donner un sens aussi large ou aussi strict que l'on veut. Il nous faut aborder ce point; alors la question que je vous pose est la suivante : quelle distinction devons-nous établir entre «médicalement nécessaire» et «nécessaire pour la santé»?

Permettez-moi de soulever certaines questions concernant la nature de bons soins de santé. Que faut-il entendre par de «bons» soins de santé? De bons soins de santé sont bénéfiques, c'est-à-dire qu'ils font du bien au patient. C'est sans importance que j'aie changé vos enzymes hépatiques si je n'ai pas soulagé vos douleurs ou si je n'ai pas amélioré votre condition humaine d'une certaine façon.

C'est là la question fondamentale sur laquelle repose la réflexion morale moderne. Mais c'est avec l'ensemble de la population que nous devons aborder les grandes questions humaines. La nature de nos rapports et de nos contacts avec la population n'a pas permis que l'on s'attarde à ses préoccupations sur le plan humain et familial.

Il existe une technologie? – utilisez-la! Ça pourrait marcher? – essayez voir! Ça se répare? – réparez-le! Quel qu'en soit le coût ou l'avantage sur le plan humain. Les gens finissent vraiment par penser (et nous ne faisons rien pour les en dissuader) que s'ils trouvent le bon médecin dans le bon hôpital, équipé comme il faut, ils peuvent se faire traiter, peu importe le mal dont ils souffrent. Fait plus important encore, nous en sommes venus à médicaliser non seulement les maux de coeur, mais aussi les maux *du* coeur.

Notre service des urgences accueille aujourd'hui des enfants qui viennent s'y faire traiter parce que leurs parents ne savent pas soigner les maladies infantiles bénignes et ne bénéficient pas de l'appui de la famille élargie d'autrefois. Il faut comprendre que nous avons médicalisé et inféodé les gens, alors que notre devoir est de répondre à leurs besoins en matière de santé et de tenir compte de manière adéquate, mais non punitive, de leur responsabilité à l'égard de leur santé.

Deuxièmement, les soins de santé devraient être non seulement bénéfiques, mais efficaces. Tout le débat sur le thème de la prise de décisions fondées sur des données probantes vise à approfondir ce point. Il est paradoxal qu'un grand nombre d'interventions médicales humaines ne reposent sur aucun élément de preuve. Cela ne devrait pas nous étonner : la médecine n'est pas strictement une science. Les questions qui découlent de cette constatation sont cependant très sérieuses. Quelle est la place des données scientifiques probantes par rapport au libre choix et à la demande irrépressible des patients? Peut-on exiger que l'État prenne en charge un traitement parallèle qui ne repose sur aucune preuve scientifique? Peut-on insister pour qu'un malade se soumette à un traitement expérimental? Comment pouvons-nous concilier les exigences de la médecine scientifique avec celles des patients qui veulent choisir leur traitement en fonction non pas de préoccupations scientifiques, mais de leurs valeurs personnelles?

Je crois que les «soins médicaux bénéfiques» ne se réduisent pas à des interventions scientifiques : ils se rapportent à la nature humaine des gens et à leur vie, et à la bonne utilisation des sciences et technologies médicales pour soulager leur douleur. «Efficaces» veut dire que nous devons en fait améliorer notre rendement sur ce plan.

Les professionnels de la santé, y compris les médecins, négligent encore l'évaluation par leurs pairs, bien que ce soit là un droit fondamental et un privilège de la profession. Le danger est qu'à mesure que les réformes du système de soins de santé seront mises en oeuvre et que les gens exigeront ou imposeront certaines normes, nous n'entravions la dynamique humaine de la relation médecin-patient, de la relation infirmière-patient ou de la relation fournisseur de soins-patient. La science a sa place, mais ce sont toujours des individus qui l'amènent au chevet des malades. Nous ignorons l'utilité d'un grand nombre de nos procédés; à ces variantes, nous appliquons des pratiques idiosyncratiques qui n'ont en fait aucun fondement.

Enfin, notre interaction et nos discussions avec le public sur les limites de la bonne utilisation de la médecine laissent beaucoup à désirer. Quand nous parlons des fonds consacrés au traitement des mourants, il faut tenir compte du fait que nous nous sommes dotés d'un système dans lequel les gens pensent qu'ils doivent «tout» tenter, soit dans leur intérêt ou, plus important encore, dans l'intérêt des êtres qui leur sont chers. La médecine et les technologies médicales ont pour objet d'aider les êtres humains. Elles ne procurent aucun avantage si elles ne contribuent pas au bien de l'humanité. Aussi, bien que le dialogue puisse être réconfortant en soi, il est difficile de donner une autre dimension au «bien» de l'être humain, dans une société qui en est venue à croire à la science.

La question essentielle est la suivante : quels sont les problèmes que nous devons résoudre pour nous doter d'une vision globale de la santé, sans toutefois déstabiliser le système de soins de santé, de manière à vaincre la maladie et la vulnérabilité? Nous sommes équipés pour répondre aux questions de portée globale concernant la santé, car nos performances dans le secteur des soins de santé sont très bonnes. Veillons à ne pas créer une situation où, à cause de discussions empreintes de jargon et de rhétorique, nous nous retirions de domaines dans lesquels nous pouvons faire le bien.

Le dernier point fondamental que soulèvent les enjeux de la prestation de bons soins médicaux dans le cadre du système de santé au Canada demeure celui de l'utilisation qu'il convient de faire de la science et de la technologie dans l'intérêt de l'être humain. Quelle réponse apportons-nous à la question persistante de justice sociale que pose la répartition des ressources, à savoir quel poids faut-il accorder aux énormes besoins en soins de santé d'une poignée de personnes par rapport aux besoins de la masse de la population? Les Canadiens doivent comprendre que ces deux catégories de soins sont «bonnes». Dans les choix à faire dans la formulation de la politique, il nous faut cependant tenir compte des deux et les assujettir à des limites. Nous comptons sur votre aide.

TENDANCES ET ENJEUX À VENIR — LYNN SMITH

Ce matin, nous allons essayer de faire la synthèse de nos travaux d'hier. On m'a demandé d'ouvrir le débat avec un exposé d'ensemble sur les orientations futures. À l'aide des sommaires que le secrétariat de la conférence a rédigés, j'ai donc essayé de dégager de nos délibérations d'hier, en atelier et en séance plénière, ce que vous croyez que l'avenir nous réserve et ce que vous voudriez que l'avenir nous réserve.

Quelles sont les données probantes sur lesquelles je fonde mes assertions? Cette question m'amène à faire une brève parenthèse. Comme le disait hier Karen Gainer, les avocats qui siègent au Forum ont gravité vers le Groupe de travail sur la prise de décisions fondées sur des données probantes, car ils croient posséder une certaine connaissance de la notion de preuve. Il existe différents types de preuves, comme le fait voir cette anecdote : inculpé de meurtre, un homme – appelons-le B.J. Simcoe – subit son procès devant jury. M. Simcoe est accusé du meurtre de Charlie Brown sur la foi de forts éléments de preuve circonstancielle, mais il n'y a aucun témoin oculaire et l'on n'a jamais retrouvé le corps.

Dans son exposé au jury, l'avocat de la défense cherche à faire de l'effet en se montrant plutôt théâtral. Il utilise un petit stratagème. Il s'étend longuement et avec enthousiasme sur l'importance de la présomption d'innocence et du principe de la preuve hors de tout doute raisonnable. Il souligne que bien que personne n'ait vu Charlie Brown depuis cinq ans et malgré tous les autres éléments de preuve, le fait demeure que le corps n'a jamais été retrouvé. Puis il se tourne, montre du doigt la porte au fond de la salle d'audience et, d'une voix basse qui électrise la salle, il s'exclame : «Mesdames et Messieurs du jury, aussi bien que vous le sachiez : Charlie Brown est encore vivant et il va franchir cette porte.» Il marque une pause et ajoute : «Mesdames et Messieurs du jury, vous avez un doute raisonnable, car vous avez tous regardé la porte.»

Mais l'histoire ne se termine pas là. Le jury quitte la salle et, lorsqu'il revient une demi-heure plus tard, rend un verdict de culpabilité. Il est interdit au Canada d'interroger un jury sur les motifs de son verdict, mais supposons qu'on ait pu demander au président du jury : «Pourquoi le jury a-t-il rendu un verdict de culpabilité?» Il aurait répondu : «Eh bien, nous avons tous regardé la porte, sauf B.J. Simcoe.»

Il existe donc différents types de preuve. On peut même dégager des éléments de preuve du fait qu'un chien n'a pas aboyé. C'est un peu ce que je fais : je tire de certaines choses qui n'ont pas été dites hier des conclusions quant à votre vision de l'avenir et à vos prévisions.

J'ai essayé de dégager des ateliers et des séances plénières certaines hypothèses et certaines attentes sur ce que l'avenir nous réserve – ou peut-être devrais-je dire, sur ce que nous aimerions que l'avenir nous réserve. Je vous demande de bien réfléchir à ces hypothèses.

Les tendances que je prévois se concrétiseront-elles, à votre avis? Sont-elles inévitables? Pourrait-on, au contraire, intervenir pour en changer le cours? Et plus particulièrement, le

gouvernement pourrait-il en changer le cours? À votre avis, sur quels secteurs d'activité, les recommandations du Forum national sur la santé devraient-elles porter principalement? Et quelles devraient être ses recommandations?

Je me suis posé les questions suivantes : comment ces personnes très engagées et bien informées envisagent-elles l'avenir, et qu'espèrent-elles que l'avenir nous réserve? Quelle est leur vision de l'avenir? Voici quelques éléments de réponse, explicites ou sous-entendus, que j'ai glanés des délibérations d'hier.

La *Loi canadienne sur la santé* renfermera encore ses cinq principes, étayés des deux valeurs que les Canadiens et les Canadiennes défendent, ou croient qu'ils devraient défendre, comme le signalait Nuala Kenny, à savoir l'équité et la compassion.

Guidée dans l'ensemble par les principes de la responsabilité individuelle, de la participation du public et de l'obligation de rendre compte, l'élaboration de la politique reposera, ou devrait reposer, sur les trois objectifs suivants qui se sont dégagés des ateliers sur les valeurs :

- une population en bonne santé,
- l'égalité d'accès, et
- la qualité des soins.

Voici une prévision qui, à mon avis, est contenue implicitement dans plusieurs discussions : nos voisins du Sud et les partisans canadiens d'un système pluraliste continueront à exercer des pressions pour que le Canada adopte un système pluraliste ou hautement privatisé dans tous les secteurs de la santé, y compris les services médicaux et les soins hospitaliers, mais la population s'y opposera en faisant valoir les arguments suivants :

- nous ne sommes pas des Américains,
- le coût global du système,
- la qualité des soins, dans l'ensemble, et
- nos valeurs.

Tous supposent que les contraintes financières persisteront — c'est ce que donnent à penser les délibérations d'hier. L'ampleur des contraintes futures prévues varie, allant de l'absence de toute augmentation des fonds jusqu'à la nécessité de réduire les coûts et d'accroître l'efficience dans les secteurs de la santé, des services sociaux et de l'éducation.

Il ressort clairement aussi des discussions que vous aimeriez que certaines réformes soient le produit d'une réorientation du système, qui mettrait l'accent sur la santé plutôt que sur les soins de santé. Le fait que la population accepte volontiers cette mutation profonde vient étayer cette prévision ou attente, de même que l'engagement politique que nous constatons à cet égard. La déclaration que le Ministre a faite à l'ouverture de la conférence, à savoir qu'il est le ministre de la Santé et non des Soins de santé, l'illustre bien.

Voici quelques exemples précis de réformes qui se rangent dans cette catégorie :

- accorder plus d'importance à l'éducation du public,
- donner une formation aux professionnels de la santé afin de refréner les tendances vers le paternalisme et la création de liens de dépendance;
- mettre sur pied des systèmes d'information sur la santé;
- évaluer les répercussions sur la santé de décisions prises dans d'autres secteurs d'activité, par exemple le secteur des services sociaux;
- évaluer les répercussions des décisions en matière de santé sur d'autres secteurs d'activité et sur certains groupes de personnes; par exemple, les conséquences pour les femmes, en particulier les femmes âgées, des politiques concernant les soins à domicile.

Cela dit, pour reprendre l'un des grands thèmes de l'exposé de Nuala Kenny, vous semblez persuadés qu'en mettant l'accent sur la santé plutôt que sur les soins, nous ne détruirons pas le système de soins. Vous croyez – et je n'ai entendu aucun avis contraire à cet égard – que le prix des médicaments va continuer à augmenter, ou du moins ne baissera pas, à moins que l'État n'intervienne.

En ce qui a trait au mode de prise de décisions, j'ai relevé l'hypothèse ou le voeu idéaliste suivant, que plusieurs groupes ont formulé diversement : vous pensez ou espérez – je n'irais pas jusqu'à dire que vous prévoyez – que dans l'ensemble du système de soins, les décisions concernant la politique de la santé seront prises rationnellement, fondées sur des données probantes, sur une analyse rigoureuse des options, et sur la compréhension des choix moraux en jeu. De plus, des liens seront établis entre les valeurs morales et la politique gouvernementale, ainsi qu'entre les données probantes et la politique gouvernementale.

En d'autres termes, vous espérez que la réforme de la santé ne se fera pas à la dérobée ou par accident – ou pour citer Tom Noseworthy, en plein milieu de la nuit – et que la politique de la santé ne sera plus dictée par des considérations régionales, fédérales-provinciales ou d'autres rivalités de clocher. C'est une attente vraiment idéaliste, mais une attente qu'il y a lieu de signaler.

La teneur des discussions laisse également supposer qu'à votre avis, les Canadiens et les Canadiennes continueront à défendre en général les valeurs du pluralisme et du respect de la diversité, notamment en ce qui concerne les thérapies acceptées dans des cultures autres que la culture occidentale, par exemple les thérapies enracinées dans les traditions des Premières Nations et des immigrants de fraîche date. Vous espérez et souhaitez que les fournisseurs de soins de santé et les citoyens s'empareront de cette cause et pousseront les artisans de la politique à asseoir davantage leurs décisions sur des fondements rationnels ou des données probantes.

Plusieurs facteurs sous-tendent l'hypothèse que nous nous dirigeons peut-être dans cette voie – voie que nous devrions certainement emprunter. Les compressions budgétaires persistantes semblent nous y contraindre; la santé a fait l'objet de nombreux débats et de vastes campagnes d'information du public; la population est beaucoup mieux renseignée sur les enjeux non seulement pour les particuliers, mais aussi pour les collectivités; les stratégies fondées sur la santé des populations sont

bien comprises en général, et la population reste plutôt sceptique quant à la validité des démarches du sommet vers la base.

Il s'ensuit donc que dans l'ensemble du système de santé, la prise de décisions devra être meilleure, plus rationnelle et plus démocratique. Je pense, cependant, que nous sommes tous réalistes et n'ignorons pas que la réforme du système est parsemée d'obstacles. Personne ne croit que ces obstacles vont disparaître automatiquement, comme balayés par une tornade. Il faudra continuer à en tenir compte et nous devrons soit les contourner, soit nous y attaquer.

Quels sont ces obstacles? Eh bien, Louise Nadeau a parlé de la peur, la peur notamment qu'en mettant l'accent sur la santé, nous ne détruisions le système de soins, la peur de la part de certaines personnes que leurs intérêts financiers et professionnels ne soient menacés. Il y a aussi la très grande difficulté de faire les compromis qui s'imposent lorsque des valeurs importantes sont en cause. On peut concilier les valeurs, mais on ne peut pas tout avoir. Il faut faire des choix, ce qui est toujours difficile. Les gens ne sont pas disposés à prendre de telles décisions à moins d'y être contraints. Notre groupe ne fait pas exception, pas plus que les groupes qui ont participé à nos consultations publiques.

Il va sans dire que d'autres hypothèses sont contenues implicitement dans nos délibérations, notamment des hypothèses du genre «le soleil se lèvera encore demain» et, hypothèse plus importante, que le Canada restera uni, car la dissolution du pays entraînerait évidemment un réaménagement radical des compétences fédérales et provinciales ainsi qu'une réévaluation fondamentale des valeurs. Que nous voyions juste ou pas, nous supposons que le pays ne sera pas démembré.

Pour revenir à mon point de départ, croyez-vous que les hypothèses, les attentes ou les voeux que j'ai signalés correspondent fidèlement à votre vision de l'avenir? L'État pourrait-il modifier l'évolution de ces tendances ou sont-elles inévitables? Et quelles mesures préconiseriez-vous si vous faisiez partie du Forum national sur la santé et que vous cherchiez à formuler quelques recommandations clés à l'intention du gouvernement fédéral?

Nous avons réparti les participants différemment pour les ateliers qui suivent. Vous vous trouverez donc avec d'autres personnes qui auront participé aux ateliers d'hier. Nous vous demandons de dégager les thèmes les plus importants des discussions d'hier et de nous signaler les choses que nous avons oubliées. Quels sont les enjeux de l'heure que nous n'avons pas relevés, ni dans la documentation, ni dans nos travaux d'hier? Quelles sont les idées nouvelles que nous n'avons pas saisies? Nous vous prions de nous signaler ces enjeux et ces idées. Les membres du Forum sont tout oreilles. Les délibérations sont consignées en séance plénière, de même que dans les ateliers. Le Forum en tiendra compte.

Vous êtes aussi invités à présenter des mémoires au Forum, si vous le voulez. Nous ferons parvenir le compte rendu de la conférence à tous les participants dès que possible. Nous abordons l'étape critique de nos travaux, où nous devons faire la synthèse de tout ce que nous avons entendu, et déterminer l'orientation générale de certaines recommandations clés. Nous connaîtrons bientôt les

résultats de nos consultations publiques. Pour rédiger notre rapport, nous nous inspirerons de ces résultats, des études que nous avons commandées, des travaux de la présente conférence ainsi que des données recueillies par d'autres moyens.

Nous nous pencherons sur les orientations stratégiques et, au mois de septembre ou d'octobre, d'autres consultations seront menées. Il nous reste à établir la forme que ces consultations prendront, à cause des contraintes qu'imposent les courts délais. Nous voulons éviter les fausses dichotomies qui sont souvent établies, et on peut facilement en relever une foule. Je ne peux pas faire mieux que de réitérer celle que Nuala Kenny a signalée hier : la santé ou les soins de santé? Oui, le Forum doit émettre de nouvelles idées. Il doit formuler des recommandations concrètes et réalistes, et il doit les formuler d'ici décembre. Nous vous offrons l'occasion de collaborer à la formulation des conseils que nous adresserons au gouvernement, et nous vous sommes très reconnaissants d'avoir accepté l'invitation.

COMPTE RENDU DES ATELIERS

COLIN McMILLAN

Je vais vous donner un bref aperçu des grands thèmes et des principales préoccupations qui se dégagent de nos délibérations, tels que je les conçois à partir des propos qu'ont tenus les groupes 10, 11 et 12.

La discussion sur la santé et le système de soins de santé est la première chose qui m'a frappé. J'ai trouvé le débat très animé et très instructif. Comme médecin, c'est avec un vif intérêt que j'ai pris connaissance des idées et des points de vue de nombreux observateurs bien informés, au cours de la fin de semaine. Nous partageons, je crois, le sentiment que le système, tel que nous le connaissons, ou tel que nous le connaissions, subit d'énormes pressions et fait l'objet d'un examen minutieux, et qu'il devra sûrement changer.

Je crois, par ailleurs, que les gens veulent néanmoins procéder avec prudence. Ils recherchent le juste milieu – le rééquilibrage dont on vous a parlé; ils veulent que l'on adopte une approche systémique, plutôt qu'une approche morcelée. En d'autres termes, toute réforme du système doit faire appel à une démarche systémique, fondée sur des données probantes, des études et des essais, et ne doit pas se faire n'importe comment.

Les gens veulent que le système de santé et de soins de santé soit axé sur les êtres humains. Entre autres, cela veut dire (ce qui est peut-être une nouveauté pour certains d'entre nous) se préoccuper du milieu de travail à l'intérieur du système de soins de santé ainsi que dans le secteur privé. Le milieu de travail, y compris le milieu de travail de beaucoup d'entre nous qui oeuvrons dans le secteur des soins de santé, est un élément très important du système de soins et de la santé de la population.

Le deuxième enjeu est lié à la téléinformatique, c'est-à-dire au mariage de l'informatique et des télécommunications. Beaucoup estiment que nous disposons d'une masse de données, mais que dans la forme où elles nous sont communiquées, elles ne nous apprennent pas grand-chose, ou encore, elles sont inutilisables. Il existe de nombreux exemples de cela. Entre autres, dans l'étude des grandes incidences des soins de santé et de la répartition des ressources, on ne peut plus se fonder simplement sur des statistiques périmées de l'OCDE, ou des indicateurs de la santé, quand nous pourrions, ou devrions, disposer de données plus sûres.

Voici d'autres exemples. Beaucoup de participants voudraient avoir plus de données financières générales et ils veulent que le Forum fasse appel à la participation de personnes qui s'intéressent aux questions financières, d'experts dans des domaines comme :

- les relations fédérales-provinciales et le financement fédéral-provincial, y compris le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux, et
- l'industrie pharmaceutique.

L'enjeu est évidemment le coût du système. Il existe sûrement une masse de données dont nous pouvons disposer pour poursuivre le débat plus intelligemment et l'asseoir sur des faits, car c'est une question brûlante à laquelle il faut s'attaquer. Nous devons connaître les faits et disposer de données pour étayer nos arguments et tout le débat. J'ai entendu beaucoup de gens remettre en question le mode de rémunération des médecins et des fournisseurs de soins de santé. On a abondamment discuté de la rémunération à l'acte, de ses avantages et de ses inconvénients. On a beaucoup parlé du système de la «capitation», c'est-à-dire la rémunération proportionnelle au nombre de patients. On a beaucoup parlé aussi des modèles de soins primaires et, tout particulièrement, de l'aménagement de plusieurs points d'accès au système de soins primaires, qui feraient appel à la coopération de divers fournisseurs de soins.

De plus, nous sommes nombreux à craindre de ne pas disposer de données valables sur les composantes du système de soins qui sont dotées de fonds excessifs ou de fonds insuffisants. J'ai entendu des observations pertinentes passionnées sur la désinstitutionnalisation des soins et l'utilisation de services communautaires, alors que la communauté n'est peut-être pas encore en état d'assumer de telles responsabilités. Les soins à domicile sont un bon exemple. Certains soupçonnent que le secteur privé envisage très sérieusement de se lancer dans les soins à domicile, et ils craignent les répercussions d'une telle privatisation. Il nous faut plus de données sur la question.

Enfin, je vais soumettre un paradoxe à la discussion, un paradoxe que le Forum sera peut-être appelé à résoudre. J'ai entendu bien des participants dire qu'ils appuient les principes contenus dans la *Loi canadienne sur la santé* et qu'ils sont en faveur de l'adoption de normes et de principes nationaux. Le principe dont ils voulaient discuter est celui de l'intégralité. Quelle sera la couverture du régime? Contrairement à la pratique actuelle, devrait-on définir ce que l'on entend par «médicalement nécessaire», ou devrait-on modifier ce terme et l'étendre à d'autres domaines? Au bout du compte, les participants estiment que si la *Loi canadienne sur la santé* est révisée, le critère de l'intégralité devrait être étudié et devrait faire l'objet d'un débat public.

Par ailleurs, beaucoup affirment également qu'ils sont en faveur de la régionalisation, de la décentralisation, de l'autonomie locale et de la prestation des services en fonction des besoins. Personnellement, je n'arrive pas à concilier d'une part, l'idée d'un système fédéral puissant, doté d'une nouvelle *Loi canadienne sur la santé* prévoyant des normes ayant force exécutoire, et d'autre part, la déconcentration avec des assises économiques provinciales raisonnables. Je pense fermement que le plus grand défi qui s'adresse au Dr Noseworthy et au Groupe de travail sur l'atteinte d'un équilibre n'est peut-être pas de résoudre la question émotive du partage public-privé, posée pour la forme, mais de déterminer l'équilibre qu'il convient d'établir entre les niveaux national, régional, territorial et local. Je crois que c'est là le grand défi qui se pose au Groupe de travail sur l'atteinte d'un équilibre.

Enfin, en tant que médecin praticien, je tiens surtout à ce que le Forum tienne compte de nos observations et formule des recommandations valables, pratiques et réalisables. Vous comprenez tous, sans doute, que nous, les professionnels de la santé, avons tous les jours le sentiment de travailler dans une situation très imprévisible, instable et précaire, où les choses évoluent très rapidement. Il est très difficile de composer avec cette incertitude et ces changements, alors que la

demande de services n'a jamais été aussi forte, que les attentes raisonnables de la population n'ont jamais été aussi grandes, mais que les ressources disponibles pour assurer les soins sont réduites. Beaucoup d'entre nous craignons qu'à moins d'un réaménagement radical, le système ne puisse combler tous ces besoins et toutes ces attentes, sans que la qualité des soins n'en souffre.

Ceux d'entre nous qui sommes médecins et fournisseurs de soins de santé souhaitons au Forum de réussir. Nous lui souhaitons perspicacité, sagesse, détermination et indépendance.

LIL SELBY

Les trois groupes auxquels j'ai eu le privilège de participer ont relevé les thèmes fondamentaux suivants :

- la responsabilisation,
- l'accès aux soins,
- mettre l'accent sur la santé, plutôt que sur les soins de santé, et
- coordonner les services de manière à créer un seul point d'accès au système.

Ils n'ont malheureusement pas développé tous ces thèmes, de sorte que nous ignorons leur pensée sur les deux derniers. Cependant, de nombreux thèmes communs se dégagent des délibérations des trois groupes. Ainsi, les participants des trois groupes croient fermement :

- que toutes les politiques en matière de santé devraient être évaluées afin de s'assurer que les objectifs en matière de santé sont atteints de manière efficace et que les ressources disponibles sont bien utilisées;
- que nos actions devraient reposer sur des données confirmées, et non sur des conjectures;
- que la *Loi canadienne sur la santé* devrait prévoir des normes nationales rigoureuses; il faut, aujourd'hui et dans l'avenir, une forte présence fédérale dans le secteur de la santé et des soins de santé;
- qu'il faut un financement stable. Ils proposent que nous revenions au niveau de financement de 1993.

Ils s'inquiètent beaucoup aussi des coûts et du manque de données valables sur lesquelles fonder les décisions en matière de santé. Il est plus facile et moins cher d'obtenir des données auprès de sources américaines qu'auprès de nos propres sources d'information. Il faut remédier à cette situation. Le partage de l'information doit être institué dans l'ensemble du pays et à tous les paliers. Avec la technologie moderne, il n'y a pas de raison pour que nous ne mettions pas toutes nos informations en commun, sauf que nous ne sommes pas encore organisés.

Il faut adopter une vision du système de santé et de soins de santé qui dépasse le mandat de tout gouvernement fédéral, provincial ou municipal. Il ne suffit plus de poursuivre dans la voie où nous trouvons depuis de nombreuses années, où le gouvernement au pouvoir prend des décisions

auxquelles il peut donner suite au cours de son mandat, puis le gouvernement qui lui succède prend d'autres décisions. Cela ne convient plus pour le Canada, à la veille du XXI^{e} siècle.

La qualité de la recherche nous intéresse, de même que la nécessité d'élargir le champ des travaux de recherche entrepris dans le domaine de la santé et des soins de santé. Il faut faire plus de recherche sur les services en général et sur la prestation des services. Aucune étude sérieuse n'a été entreprise sur les effets de la régionalisation et de la réduction des effectifs. Quelles sont les répercussions de ces mesures sur la population et sur le système de santé? Nous devons tirer les leçons de nos erreurs et éviter de tomber dans les mêmes erreurs. Nous ferons mieux dans l'avenir.

Certains services hautement spécialisés doivent être assurés à un palier qui dépasse les frontières régionales et même les frontières provinciales; c'est un fait qu'il faut reconnaître. Nous avons des besoins hautement spécialisés. Le sida en est un exemple. Dans l'ensemble du pays, nous devons mettre en commun les données dont nous disposons sur la prévention et le traitement de la séropositivité et du sida. Avec la régionalisation, la base démographique devient plus restreinte et ne justifie pas la modernisation de nos techniques. Par ailleurs, nous devons toujours nous assurer que les stratégies adoptées par les divers gouvernements au Canada reflètent les valeurs des Canadiens et des Canadiennes, ainsi que la bienveillance et la compassion qu'ils expriment toujours.

Il nous faut aussi effectuer les essais nécessaires pour évaluer les effets qu'auront les changements. Quels sont les effets des changements sur la population? Il ne s'agit pas simplement des changements apportés au financement ou à la prestation des services. L'étude des déterminants de la santé montre qu'une foule d'autres éléments influent sur la santé : la sécurité du revenu, le niveau de scolarité, l'emploi. Tous ces facteurs influent sur la santé, et tout particulièrement sur la santé mentale. Il est essentiel que le système de soins de santé de demain soit accessible à tous. Les trois groupes dont je présente le compte rendu estiment qu'il faut mettre l'accent sur la santé plutôt que sur les soins de santé, qu'il faut mieux renseigner la population à tous les niveaux et que les écoles ont un grand rôle à jouer dans ces stratégies.

Je m'en excuse auprès de mes collègues de l'enseignement qui sont déjà surchargés, mais je crois que les écoles publiques et les universités ont un rôle à jouer dans la responsabilisation des Canadiens et des Canadiennes à l'endroit de leur santé et de leur bien-être. Nous sommes à la hauteur de la tâche.

Voilà essentiellement les idées qui se dégagent des délibérations des trois groupes.

Je voudrais maintenant changer de casquette et vous parler brièvement des besoins des personnes auxquelles je m'intéresse particulièrement, c'est-à-dire les personnes atteintes de troubles mentaux. Les malades mentaux ont été – et demeurent – les orphelins du système de santé au Canada, les orphelins du système d'aide sociale et les orphelins du système d'emploi. Il est très difficile de maintenir un niveau de soins quelconque pour les malades mentaux lorsque le chaos règne comme il le fait aujourd'hui. Il faut absolument ménager un bon accès aux services dont les malades mentaux ont besoin. Les services destinés aux malades mentaux fonctionnent aujourd'hui au-delà de leurs capacités.

Je fais partie d'une organisation bénévole. Nous sollicitons régulièrement vos dons afin de pouvoir offrir des services aux personnes atteintes de troubles mentaux. Pour une raison quelconque, ces personnes n'ont pas de place dans le Canada actuel. Il faut absolument intervenir plus tôt pour les aider. Nous avons dans nos écoles des enfants qui commencent à manifester des troubles psychiques et dont les besoins ne sont pas reconnus, parce que nous n'avons ni le temps, ni l'argent, ni l'expertise nécessaires de leur donner une aide particulière. Il nous faut aussi examiner attentivement les effets de la diversité culturelle sur la santé mentale.

J'habite la Colombie-Britannique, qui compte beaucoup d'immigrants dans sa population. Nous avons eu autrefois de gros afflux d'immigrants du sous-continent indien, et aujourd'hui, nous accueillons des milliers de nouveaux arrivants d'autres pays d'Asie. Ces gens ont parfois des attitudes différentes des nôtres à l'égard des services publics, mais nous avons beaucoup de difficulté à les rejoindre et à les renseigner sur les services disponibles. Il faut examiner la prestation de soins de santé aux personnes de différentes cultures. Le financement nous pose toujours des difficultés.

Avec la régionalisation, nous avons perdu notre place à la table. Nous sommes autorisés à être représentés, mais uniquement en présentant nos idées aux personnes qui siègent aux commissions régionales de la santé. Nous ignorons que faire pour retrouver notre place à la table. Mais si nous tenons compte du fait que les déterminants de la santé influent deux fois plus sur la santé des malades mentaux que sur celle d'autres personnes, nous devons adopter une approche proactive dans notre réflexion sur les moyens à prendre pour intégrer les malades mentaux dans la société, plutôt que de les exclure.

Je suis en faveur de la désinstitutionnalisation. Cela dit, on ne peut pas priver les malades mentaux de la sécurité du milieu institutionnel, si l'on ne dispose pas des systèmes de soutien communautaire – logements, dispensaires et services sociaux – dont ils ont besoin. Sans quoi, on se retrouve avec des sans-abri. Ce n'est pas une bien belle image d'un pays renommé comme l'un des «meilleurs au monde». Quand vous serez rentrés chez vous, je vous prie de penser à ce groupe de dépossédés auxquels nous nous intéressons.

Dr RENALDO BATTISTA

Cette fin de semaine a été pour moi très enrichissante. Ce fut aussi une expérience professionnelle très intense.

Je vais d'abord récapituler quelques-uns des points clés qui se dégagent des délibérations des trois groupes dont j'étais chargé. Je ne vise pas à vous donner un compte rendu exhaustif; je vais plutôt me concentrer sur quelques-uns des thèmes qui semblent revenir souvent.

La réforme de la santé ne devrait pas être fonction de considérations financières. En d'autres termes, bien que ce soient les compressions budgétaires qui aient donné la première impulsion à la réforme de la santé, il faut être réaliste. Les participants croient fermement que la réforme de la santé devrait

reposer autant que possible sur des données probantes, et ne devrait pas être fonction des coûts uniquement.

Les participants croient fermement que la *Loi canadienne sur la santé* devrait être renforcée. Ils estiment, par ailleurs, que l'heure est venue de reformuler ou de réinterpréter les principes de base contenus dans la *Loi canadienne sur la santé*. Mais je dois avouer que personne ne s'entend sur l'interprétation de ces principes. Actuellement, on ne s'entend pas pour dire, par exemple, que le principe de l'intégralité, ou de l'accès universel, devrait être révisé ou élargi de manière à faire une place au secteur privé au sein du système de soins de santé. Les avis sont très partagés sur cette question cruciale, mais difficile.

Le deuxième point clé, qui est lié au premier, est la distinction à établir entre la santé et les soins de santé, et la complémentarité de ces concepts. Nous avons été très productifs dans ce pays au cours des dernières années, rédigeant des documents et formulant des concepts. Mais le véritable enjeu est opérationnel. Il nous faut élaborer une définition opérationnelle de la santé et des soins de santé.

Les participants croient fermement que les Canadiens et les Canadiennes veulent que l'on soumette le système de soins de santé à des paramètres ou à un cadre conceptuel. Ils croient fermement que dans l'ensemble du pays ainsi que dans chaque province, les consommateurs veulent vraiment participer à la prise de décisions au niveau local. J'insiste sur ces deux éléments : les gens veulent participer à la prise de décisions au niveau local, mais ils ne veulent pas fonctionner dans le vide. Ils veulent qu'on les oriente. C'est là où, à mon avis, les ministres de la Santé, le Premier ministre même, le Forum et les ministères ont un rôle important à jouer.

Les participants ont formulé quelques idées nouvelles. Personnellement, je ne souscris pas sans réserve à toutes ces propositions, mais je vais présenter chacune d'entre elles. Premièrement, certains proposent que, pour améliorer le système de santé, on introduise des incitatifs dans le système, une sorte de prix d'excellence pour bonne santé.

On a aussi proposé que tout processus de réforme réaffirme l'importance de la recherche. Il est clair que le Canada a fait de grands progrès à cet égard. Plusieurs initiatives ont été lancées au cours des dernières années. Vous avez sans doute tous entendu parler dernièrement de la création d'un fonds de recherche spécial de 65 millions de dollars, administré par le Conseil national de recherches du Canada et destiné à favoriser les travaux de recherche sur la santé qui mèneront à la prise de meilleures décisions. Sur ce plan, nous sommes probablement dans la bonne voie, mais il faut faire plus.

De plus, il est clair qu'en période de compressions budgétaires, la réaction normale est de refiler le fardeau au voisin. Par contre, il ne faut pas prendre prétexte de la participation de la collectivité pour refiler aux localités des responsabilités qui incombent au ministère fédéral ou provincial. Les participants croient fermement que la collectivité doit participer à la prise de décisions, mais que cette participation doit prendre des formes productives. Les décideurs doivent canaliser toute cette énergie créatrice dans la prise de décisions, plutôt que de refiler les problèmes.

Enfin, pour ce qui est de la liste de souhaits que nous voudrions adresser aux ministres fédéral et provinciaux de la Santé et au Forum, je n'ai que deux ou trois grands messages à ajouter. Pour commencer, je reprendrais le thème principal de mon compte rendu, à savoir que la réforme de la santé ne doit pas être fonction de considérations financières. Puis, il y a la question de l'information, à laquelle les participants ont accordé une importance critique pendant tout le débat. Nous devons renforcer les mécanismes d'information de manière à faire circuler l'information dans l'ensemble du système de santé.

Autre message important, les ministres de la Santé doivent aborder les problèmes en collaboration avec leurs collègues des autres ministères. Sur ce plan, le plus grand danger est, à mon avis, que les ministres de la Santé se croient tenus de résoudre tous les problèmes de la société et pensent que toutes les solutions aux problèmes de la société doivent être financées à même leurs budgets. C'est une erreur critique, et j'y reviendrai dans un moment quand nous aborderons la question clé de la définition de la santé et des soins de santé.

Voici quelques réflexions personnelles.

Pour ce qui est du concept des déterminants de la santé, et plus particulièrement de l'élaboration d'une vision opérationnelle de la santé, je crois que le fait de nous aventurer sur un terrain extrêmement nouveau devrait nous inciter à avancer avec prudence dans l'élargissement du concept de la santé. Sur le plan opérationnel, nous devons veiller à ne pas démanteler les acquis du système actuel et à ne pas mettre en péril tout le bien que nous avons accompli jusqu'ici, car il est clair que les Canadiens et les Canadiennes sont extrêmement attachés au système de soins de santé.

Madame Nadeau a défini la santé comme étant le résultat du travail, de l'éducation et du réseau de soutien de la collectivité. Elle a mentionné aussi que le facteur essentiel qui est reconnu partout, c'est le revenu. Le revenu est le déterminant le plus important de la santé. Suite à cette affirmation, elle nous a entraînés sur une pente que je qualifierais de glissante, celle du paradoxe entre les émotions et la raison.

C'est un sujet qui nous tient très à coeur au Québec, comme vous le savez peut-être. Le paradoxe est en fait le suivant : l'individu est préoccupé par la maladie et accorde donc beaucoup d'importance au système de soins, alors que la collectivité est plus sensible à une vision globale de la santé et accorde donc plus d'importance au travail et à l'éducation. Ma question est la suivante : où est le paradoxe? L'être humain est un être complexe, fait d'émotions, de raison et, dans certains cas, il aspire à une «vérité transcendante». Comme l'être humain est complexe par nature, le défi est de veiller à ce que le système de soins réponde à toutes ces composantes de sa nature.

Cela dit, il m'apparaît simple, pour ne pas dire simpliste, de laisser entendre que toute évolution de notre système de santé passe nécessairement par une victoire de la raison sur les émotions. Cette thèse me semble plutôt cartésienne, alors que le but est de vaincre la peur qu'ont les Canadiens et les Canadiennes de perdre leur système de soins de santé.

Heureusement, je dirais que le Dr Kenny a rétabli un peu les faits. En fait, elle m'a rassuré en confirmant que tous les points de vue sont représentés au sein du Forum, quand elle a dit qu'il s'agissait de proposer des solutions qui permettraient justement de concilier l'évolution vers un système beaucoup plus large, comprenant une vision globale de la santé, avec la sauvegarde des acquis du système actuel.

Pour terminer, je voudrais tirer une conclusion de cette discussion, extrêmement intéressante mais complexe, de l'élargissement même du concept de la santé, c'est-à-dire du concept de la «santé des populations». Je pense que le défi fondamental qui se pose à nous, au Canada, en 1996, c'est d'élaborer une définition opérationnelle de la santé. Si nous reconnaissons que le revenu est le déterminant le plus important de la santé, il s'ensuit que nous ne devons pas tenter de résoudre tous nos problèmes de santé au moyen du budget de la santé et que nous devons examiner beaucoup d'autres facteurs dont la création d'emplois, la stabilité économique et la stabilité politique.

Si vous me le permettez, je voudrais parler d'un autre sujet qui me semble important et qui est aujourd'hui une vache sacrée – c'est le sujet de la régionalisation. Ce qui m'étonne avec la régionalisation, c'est la rapidité avec laquelle cette théorie s'est répandue dans le système de santé. D'ordinaire, les théories ne se répandent pas aussi rapidement. Il y a donc lieu de s'interroger sur les raisons pour lesquelles la régionalisation a pris feu. Il y a probablement un ensemble de facteurs qui ont favorisé sa diffusion rapide : de plus en plus, les décisions doivent reposer sur l'individu et sur les données disponibles, et les politiciens avaient intérêt à préconiser cette théorie, tout particulièrement dans les localités qui allaient accueillir de nouvelles installations ou de nouveaux services. Comme c'est une expérience assez récente, il est important de faire maintenant une pause, d'en cerner les avantages, les coûts et les risques, puis d'établir les moyens à prendre pour en maximaliser les avantages et en minimiser les effets néfastes.

CHARLOTTE GRAY

Nous sommes quatre à présenter aujourd'hui des comptes rendus d'ateliers, mais quelle différence dans la façon dont chacun a abordé sa tâche! Mes propos vont vous sembler plutôt superficiels après ceux des conférenciers précédents, car étant journaliste, j'ai l'habitude de m'en tenir à la mission de reportage qu'on me confie. J'ai aussi constaté avec intérêt que même si tous les groupes se sont penchés sur les mêmes questions, les comptes rendus contiennent vraiment peu de redites.

Les participants des trois groupes dont je présente le compte rendu s'entendent presque unanimement sur une chose : la nécessité de créer un organisme national afin de poursuivre le dialogue sur la santé et les soins de santé au Canada. Ils ont débattu de la structure de cet organisme, à savoir s'il devrait être fédéral ou fédéral-provincial/territorial, mais ils croient que quelqu'un doit assurer l'intendance du système de soins de santé du Canada. Ils admirent beaucoup le travail que le Forum national sur la santé a fait et ils craignent vraiment que le rôle d'intendant ne disparaisse avec la dissolution du Forum.

C'est bien beau de dire qu'il faut créer un organisme national, mais que devrait-il faire, cet organisme national? Quelles devraient être ses responsabilités? D'après les participants des trois groupes en question, il devrait être chargé d'élaborer la vision de la santé et des soins de santé, et ce en mettant l'accent sur la santé, car tout le monde reconnaît que la prestation des services de santé est de compétence provinciale. On suppose manifestement que le gouvernement fédéral continuera à façonner un consensus sur les indicateurs de la santé et les objectifs en établissant les buts généraux du système de soins de santé. On suppose aussi que le gouvernement fédéral veillera à ce que le système de soins de santé incarne toujours les valeurs qui nous caractérisent en tant que Canadiens et Canadiennes.

Quelles mesures prendra-t-il pour y parvenir? Quels outils lui faut-il? Voilà qui nous ramène à la discussion interminable sur les données probantes et l'information. Au cours de la discussion à laquelle j'ai participé, on a notamment soulevé les points suivants : il faut recueillir des données cohérentes dans toutes les provinces, le gouvernement fédéral assurant la coordination de ces données; il faut repérer les réussites et en faire part à tout le monde; il faut savoir ce qui se passe dans toutes les provinces, afin que chaque province puisse profiter des connaissances des autres; il faut veiller à ce que les informations et les données probantes soient très valables. Beaucoup de points soulevés portaient donc sur les nouveaux systèmes d'information et sur l'exploitation des nouvelles technologies de l'information.

On avoue, par contre, que «la prise de décisions fondées sur des données probantes», c'est une très belle formule, mais que les données probantes entrent rarement en ligne de compte dans l'élaboration de la politique de la santé. Les décisions politiques reposent très peu sur les connaissances que nous possédons sur l'état actuel du système; une foule d'autres facteurs entrent en ligne de compte. On constate qu'il existe un besoin réel de données valables. Si la question d'un organisme national a été soulevée, c'est notamment à cause des répercussions de la restructuration qui prend différentes formes d'une province à l'autre, et à cause de l'absence d'une stratégie globale.

Deux des trois groupes se sont penchés longuement sur les répercussions de la restructuration. Quels sont les effets de l'absence d'une stratégie globale pour orienter la restructuration de l'appareil gouvernemental? En bref, la rationalisation et la restructuration occasionnent d'autres coûts, bien qu'elles soient toujours motivées par la nécessité de comprimer les coûts. Elles se réduisent souvent à un simple déplacement des coûts. Mais elles imposent des coûts incroyables à des personnes dont nous n'avons même pas tenu compte : les familles, les organisations nationales, les bénévoles, les Premières Nations et les groupes multiculturels à l'intérieur du Canada. Nous ne nous demandons même pas si les nouveaux systèmes répondent à leurs besoins.

Il faut vraiment redéfinir les balises du système. Comme le disait un groupe, «médicalement nécessaire» est une définition trop étroite dans un système global, axé sur la santé de la population. Comment les gens accèdent-ils au système? Qui sont les fournisseurs de soins de santé? Et il faut un financement relais pour faciliter la transition aux soins communautaires.

Nous savons que nous sommes en pleine transition. Nous savons que le virage ambulatoire est déjà amorcé. Mais le soutien est insuffisant actuellement. Comme le disait un des participants, quand vous entreprenez de peindre votre maison, vous savez que la maison va être dans un désordre terrible, mais vous savez aussi qu'une fois les travaux terminés, votre maison sera plus belle. Les Canadiens et les Canadiennes perdent confiance, parce qu'ils nous voient mettre la maison en désordre et ils ignorent à quoi tout cela va aboutir. C'est très déstabilisant, car cela veut dire que les gens perdent confiance dans le système de soins de santé. Il faut donc plus de soutien au cours de la transition.

Deux groupes affirment catégoriquement que les projets de loi C-91 et C-92 doivent être révisés. La question de l'heure est le rôle du secteur privé. Les participants des trois groupes en question ne s'entendent pas sur l'opportunité de la privatisation. Quoi qu'il en soit, la privatisation est déjà engagée. Il nous faut donc un plan, comportant des normes et un cadre d'action, et formulé conjointement par les gouvernements fédéral et provinciaux.

Enfin, nous en venons à la *Loi canadienne sur la santé*. Tous les participants adorent la *Loi canadienne sur la santé*. Cela dit, c'est un peu comme dire «Je suis féministe, mais ...». Ils disent : «J'adore la *Loi canadienne sur la santé*, mais ...» Nous voulons à la fois renforcer l'appui dont la loi et ses cinq principes bénéficient, et en redéfinir les principes. Les gens trébuchent continuellement sur le principe de l'intégralité. Que faut-il entendre par «intégralité»? Quel en est le champ d'application? Et, surtout, comment réviser la *Loi canadienne sur la santé* dans son ensemble et s'assurer qu'elle s'applique aux soins communautaires?

Comment l'orientation que nous nous sommes donnée se rattache-t-elle à la *Loi canadienne sur la santé* et à ses cinq principes? L'un des participants a fait une observation qu'il y a vraiment lieu de signaler : «Dans la restructuration et le remodelage de l'appareil gouvernemental, nous avons peut-être perdu de vue non seulement la santé et les soins de santé, mais aussi le rôle que nous voulons voir l'État jouer. Nous avons peut-être intérêt à réfléchir à cela aussi.»

Comme je l'ai dit au départ, étant journaliste, je m'en tiens à ma mission quand on me charge d'un reportage. J'ai donc présenté le compte rendu des délibérations des groupes auxquels j'ai participé, mais on m'a ensuite demandé de présenter quelques réflexions et observations personnelles sur la conférence.

Je dois commencer par préciser mes attentes. Quelles étaient mes attentes? Quelles étaient les attentes de chacun d'entre nous? Je dois dire que quand on se rend dans un hôtel d'aéroport, on s'attend à prendre l'avion pour une destination merveilleuse; on s'y rend rarement pour y séjourner. À mon arrivée, je nourrissais l'espoir que nous irions tous dans un endroit merveilleux. Mais je nourrissais aussi un certain cynisme. On m'a présentée comme membre de la presse de la santé. Quelqu'un a parlé hier de la tyrannie des médias. Or, c'est un fait que dans leur couverture du Forum national sur la santé, les médias se sont montrés plutôt cyniques, car malgré tous les efforts incontestables des membres du Forum et leurs réalisations très considérables sur le plan de la

réflexion et de la recherche, on se demande toujours s'ils ne prêchent pas dans le désert. Quel impact le Forum peut-il avoir?

En tant qu'auteure politique, je pense que certaines discussions ont fait abstraction du contexte politique. Or, il est important et utile d'adopter une telle optique, car vous ne voulez pas déformer chaque discussion en étudiant tout sous son aspect pratique. Mais le fait est que le rôle du gouvernement fédéral dans le secteur des soins de santé est très restreint. Je crois que nous sommes parfois portés à l'oublier.

De plus, il a fallu trois heures, hier, pour que les participants commencent à parler le même langage. À un point, j'essayais de faire la distinction dans ma tête entre les silos et les ponctions lombaires. Qu'ai-je tiré de la conférence? Quels propos ai-je recueillis auprès des autres participants? J'ai d'abord constaté que les gens tenaient énormément à notre système public de soins de santé. Leur engagement à l'égard du système m'a beaucoup frappée.

J'ai fini par me rendre compte que les participants tirent leur énergie notamment de leurs déceptions. Cela les agace vraiment que nous en soyons encore à redire les mêmes choses que nous disions il y a dix ou quinze ans – que nous en soyons encore, en fait, au document Lalonde de 1976. Cela les agace que nous possédions toutes ces données et que nous faisions encore du sur-place.

Le besoin énorme de données probantes et d'échange d'informations m'a beaucoup frappée aussi. Quelques-unes des conversations les plus intéressantes que j'ai eues – comme tout le monde, sans doute – se sont déroulées dans les couloirs et au déjeuner, où l'on apprend ce qui se passe vraiment. C'est là où l'on entend parler des problèmes que pose la sortie prématurée des patients de l'hôpital, des raisons pour lesquelles des travailleurs font la grève à Halifax, ou de l'état des soins communautaires au Nouveau-Brunswick ou en Alberta.

On se rend alors compte du morcellement du système, du manque de coordination et du manque d'échange d'informations. On se rend compte aussi que c'est la raison pour laquelle la politique de la santé est formulée «à la dérobée», comme le disait l'un des conférenciers. Les données scientifiques ne manquent pas. On revient à la nécessité de créer un organisme national, car nous ignorons ce qui se fait ailleurs au pays.

J'ai donc constaté que les participants sont remplis d'énergie et d'enthousiasme. Mais j'ai aussi constaté qu'ils éprouvent deux peurs. La première, que les membres d'un groupe ont exprimée en général, est la peur que le rapport du Forum ne finisse sur des tablettes comme tant d'autres. Beaucoup ont exprimé cette crainte, non dans un esprit pessimiste et défaitiste, mais résolus à ce que cela ne se produise pas. Le Forum ne doit pas permettre que son rapport dorme sous la poussière; nous tenons à ce que des mesures soient prises. Personnellement, je crains que nous n'ayons évité certaines grandes questions, tout particulièrement la question de la privatisation à laquelle nous sommes aujourd'hui confrontés. Nous nous rendons compte du problème, mais nous en parlons comme dans les années 70. Nous avons évité de nous y attaquer de front, et si nous continuons à tergiverser, la privatisation va tout simplement nous tomber dessus.

ANNEXE C

Dialogue avec le Forum national sur la santé : à la recherche de solutions pour la santé et les soins de santé Questions pour la Conférence des intervenants

1. Équilibre entre les dépenses de la santé et les autres dépenses sociales

La démarche fondée sur les déterminants de la santé met l'accent sur l'importance des facteurs extérieurs au système de soins de santé – revenu, éducation, environnement, etc. – qui ont un effet sur l'état de santé. Comme l'indique le tableau qui suit, le Canada consacre relativement plus que d'autres pays industrialisés aux services de santé et à l'éducation, mais beaucoup moins qu'eux aux programmes de la sécurité du revenu. Il n'y a toutefois pas de lien discernable clair entre des mesures approximatives de l'état de santé et les dépenses publiques consacrées aux programmes sociaux.

	Dépenses publiques en % du PIB			Indicateurs de l'état de santé	
	Santé	Sécurité du revenu[1]	Éducation[2]	Espérance de vie (années)	Mortal. infant. (sur 1000 nais.)
Canada	7,4	11,9	7,1	78,1	6,3
France	7,3	20,5	5,5	77,3	6,8
Allemagne	6,0	16,8	4,1	76,1	6,0
Italie	6,2	18,5	5,1	77,6	7,9
Pays-Bas	6,8	23,0	5,6	77,3	6,3
Suède	6,2	26,3	7,5	78,1	5,3
Royaume-Uni	5,9	18,5	5,1	76,3	6,6
États-Unis	6,2 (7,4[3])	9,4	5,3	75,7	8,5

Source : OCDE, données pour 1993, sauf dans les cas suivants :
[1] Dépenses de 1990 pour pensions, prestations d'assurance-chômage et autres mesures d'aide au revenu
[2] Dépenses de 1991-1992 pour l'ensemble du système d'éducation
[3] y compris les dépenses fiscales relatives à l'assurance privée

1.1 Croyez-vous que le Canada ait atteint un équilibre raisonnable au niveau des dépenses publiques dans ces trois domaines clés qui ont une incidence sur l'état de santé? Sinon, comment réaffecteriez-vous les dépenses et sur quels principes ou objectifs vous baseriez-vous?

2. Équilibre au sein du secteur de la santé

Il est généralement reconnu que notre système de soins de santé doit délaisser le modèle médical classique en faveur des modèles de «mieux-être» qui englobent mieux les concepts de la prévention de la maladie, de la promotion de la santé, de la santé des populations et des déterminants de la santé. Toutefois, au moment où les gouvernements tentent de mettre de l'ordre dans leurs finances, il y a moins de chance que l'on affecte des fonds à de nouveaux investissements dans la santé; en fait une grande partie des économies réalisées à la suite des compressions imposées aux services de soins de santé sera probablement consacrée à la réduction du déficit.

2.1 Le tableau suivant présente la répartition des ressources à l'intérieur du système de santé. À quels secteurs accorde-t-on trop d'importance et à quels autres n'en accorde-t-on pas suffisamment? Si les ressources étaient réaffectées, quelles améliorations concrètes de l'état de santé en découleraient, et en combien de temps? Quels groupes démographiques y gagneraient le plus et lesquels, s'il en est, y perdraient?

Secteur	Part des dépenses totales (%)	Secteur	Part des dépenses totales (%)
Hôpitaux	37,3	Soins à domicile	1,4
Autres établissements	9,8	Santé publique	5,0
Médecins	14,2	Recherche sur la santé	1,1
Autres professionnels	8,5	Immobilisations	2,9
Médicaments	12,6	Autres*	7,1

Source : Santé Canada, données sur les dépenses de 1994
* «Autres» comprend : appareils médicaux, administration des versements anticipés, ambulances, etc.

2.2 Étant donné l'incertitude que suscitent la restructuration et la rationalisation des services de santé, tout effort qui vise à inciter les utilisateurs et les fournisseurs à changer d'attitude et de comportement sera probablement mis en doute par nombre de gens. Selon vous, quels groupes de fournisseurs de soins de santé ou organisations seraient les plus réceptifs aux changements? Comment les amener à devenir les protagonistes des changements d'attitude et de comportement à l'intérieur du système? Quels groupes semblent résister le plus et quelles stratégies permettraient de les amener au coeur du processus de réforme?

3. Financement public/privé

À l'heure actuelle, le financement public représente environ 72 % des dépenses consacrées à la santé au Canada, ce qui est légèrement inférieur à la moyenne des pays de l'OCDE. La ventilation actuelle des dépenses publiques et privées par catégorie est la suivante :

	Dépenses (G$)	Publiques/privées %
Hôpitaux	27,0	90/10
Autres établissements	7,1	70/30
Médecins	10,3	99/1
Autres professionnels	6,2	14/86
Médicaments	9,2	32/68
Immobilisations	2,1	75/25
Autres*	10,6	70/30
Total	72,5	72/28

Source : Santé Canada, données de 1994
* «Autres» comprend : soins à domicile, santé publique, recherche, appareils médicaux, etc.

3.1 Selon vous, quels principes, objectifs, critères et valeurs devraient guider la répartition des ressources (publiques et privées) de demain? Quel type de cadres décisionnels conviendrait le plus au contexte canadien (des renseignements supplémentaires sur les cadres de référence seront fournis avant la conférence)?

3.2 Si l'on suppose qu'aucun financement supplémentaire ne sera disponible pour l'ensemble du système de santé et que la part globale des dépenses publiques/privées ne changera pas, dans quelles catégories augmenteriez-vous la part du financement public et celle du financement privé et dans quelles catégories les réduiriez-vous ? Veuillez donner des exemples concrets pour chaque catégorie.

4. Organisation des services de santé

Les mécanismes de financement, de prestation de services et de répartition des ressources sont les trois principales caractéristiques qui définissent les systèmes de soins de santé. L'analyse de réformes des soins de santé mises en oeuvre dans divers pays indique que même si les stratégies fondées sur le marché ne semblent pas offrir d'avantages particuliers du côté du financement, elles pourraient peut-être améliorer l'efficience sur le plan de la production et de la répartition des ressources (p. ex., soins gérés, concurrence publique). Cependant, peu d'évaluations ont été menées jusqu'à présent pour déterminer l'incidence de telles réformes sur l'équité et l'efficacité.

4.1 Les efforts récents de réforme structurelle au Canada ont porté avant tout sur la décentralisation de la prise des décisions des provinces aux autorités régionales et sur la centralisation de certaines fonctions d'aval en amont, jusqu'au niveau régional. Croyez-vous qu'il serait possible d'adapter au contexte canadien les stratégies de marché planifiées utilisées dans certains pays européens? Les organes décisionnels canadiens devraient-ils continuer de pratiquer la «temporisation», ou le moment est-il venu d'agir plus audacieusement, même sans données concrètes sur l'efficacité des stratégies dictées par le marché?

4.2 Vu l'ampleur que la tendance à la «régionalisation» a prise partout au Canada, quels sont, selon vous, les principaux changements structurels supplémentaires qu'il faut apporter aux systèmes de soins de santé au Canada? Quels sont les obstacles et les possibilités? Comment voyez-vous le rôle de votre organisation dans ce processus de changement?

5. Produits pharmaceutiques

Peut-être plus que tout autre secteur des soins de santé, celui des produits pharmaceutiques pose un certain nombre de défis qui touchent tous les intérêts économiques et sociaux. De nouvelles technologies font leur apparition à un rythme toujours plus rapide et les coûts exercent une pression croissante. Par ailleurs, l'accès aux médicaments prescrits n'est pas universel et les anecdotes et les

preuves scientifiques ne manquent pas pour démontrer que tout le système souffre à cause d'ordonnances rédigées à mauvais escient ou d'utilisation inappropriée.

5.1 Sur le plan des politiques publiques, pensez-vous que les pouvoirs et l'obligation de rendre des comptes s'équilibrent dans le secteur pharmaceutique? Sinon, comment peut-on atteindre l'équilibre?

5.2 Dans la mesure où la «demande produite par les fournisseurs» joue un rôle dans ce secteur, quels sont les mécanismes raisonnables auxquels la société peut assujettir les activités des divers intervenants afin de promouvoir les objectifs des politiques de santé sans toutefois compromettre leur liberté économique?

6. Déterminants de la santé

On s'entend de plus en plus au Canada pour dire que l'état de santé des particuliers et de la population dépend de nombreux facteurs. Notre compréhension des raisons pour lesquelles certaines personnes sont en bonne santé et d'autres ne le sont pas est éclairée par la recherche effectuée au Canada et sur la scène internationale au sujet des facteurs physiques, sociaux, économiques, psychologiques et culturels qui jouent sur l'état de santé. Compte tenu de la conjoncture sociale et économique actuelle, il devient de plus en plus important de concentrer les efforts sur la santé de la population. Nous traversons une période marquée par des changements sociaux profonds – qui touchent la nature du travail, les structures et les relations familiales, la structure des institutions, etc. – et par l'incertitude sur les plans tant personnel qu'économique.

Les décideurs ont des choix difficiles à faire. Malgré le ralentissement de l'économie, ils doivent trouver des façons d'élaborer des politiques budgétaires qui permettront de maintenir un environnement social favorable à l'état de santé des particuliers, des communautés et du pays.

Compte tenu de tous ces facteurs divergents et des connaissances actuelles sur les déterminants de la santé, le grand défi semble être de trouver un moyen de passer de la recherche à l'action.

6.1 Êtes-vous d'accord avec ces énoncés au sujet des déterminants de la santé? Le cas échéant, quelles seraient les répercussions sur les politiques, les programmes et la répartition des ressources si l'on adoptait une approche fondée sur les déterminants de la santé?

6.2 Priorités

Quelles devraient être les principales priorités en ce qui a trait à l'élaboration de politiques et de programmes afin de créer des conditions propices à la santé des particuliers et de leur communauté?

a) Quels sont les groupes à risque? Comment aborder les enjeux pour l'ensemble de la population et pour les groupes à risque?

b) Comment créer des conditions saines au travail, à l'école, à la maison, dans la communauté?

c) Comment organiser le travail? Quelles modifications faut-il apporter aux politiques relatives à la main d'oeuvre? Aux politiques fiscales? Au transfert des revenus aux particuliers, aux régions et aux provinces? Comment réorganiser l'affectation des ressources?

d) Quelles modifications faut-il apporter aux politiques régissant les services de garderie?

6.3 Partenariats

Comment établir de nouveaux partenariats afin d'élaborer des stratégies pour lutter contre les problèmes qui ont cours en cette période d'incertitude sociale et économique?

a) Qui sont les intervenants clés?
b) Comment leurs rôles changeront-ils?
c) Quels sont les catalyseurs du changement?
d) Quels sont les outils?
e) Quels sont les obstacles?
f) Quels sont les résultats souhaitables?

6.4 Faire face au changement

Le système de soins de santé connaît des changements qui ont des répercussions majeures sur la condition sociale et économique des particuliers, des familles et des communautés. Comment donner aux communautés les moyens de faire face à ces changements?

7. Culture de prise de décisions fondées sur des données probantes

La prise de décisions fondées sur des données probantes s'applique à tous les niveaux du système de soins de santé : décideurs, fournisseurs, gestionnaires et patients. La prise de décisions fondées sur des données probantes est dictée par la nécessité de fournir à la population canadienne des soins de santé de la plus grande qualité possible à un coût que la population canadienne a les moyens de se payer.

On entend par prise de décisions fondées sur des données probantes l'application systématique de données probantes à l'évaluation d'options et à la prise de décisions en contextes clinique, administratif et stratégique. La prise de décisions fondées sur des données probantes présuppose l'existence de données probantes qui ont été validées d'une façon ou d'une autre.

Les soins de santé et la politique de la santé ont toujours pivoté sur des données probantes. Il s'agit toutefois d'un seul des nombreux facteurs qui agissent sur les décisions. Dans nombre de cas, les valeurs, par exemple, sont un facteur important dans l'évaluation des risques et des avantages par le patient. Comme dans de nombreux domaines d'activité, il y a toujours un délai entre la collecte des

données probantes et les changements de comportement. Le tabagisme, par exemple, demeure un défi malgré les données probantes disponibles au sujet de ses répercussions négatives sur la santé.

7.1 Si nous avions une culture bien établie de prise de décisions fondées sur des données probantes, dans quelle mesure le système de santé de demain serait-il différent de celui d'aujourd'hui?

7.2 Devrions-nous ou pouvons-nous renforcer la culture de prise de décisions fondées sur des données probantes dans le système de santé? Si oui, comment?

8. Qu'entend-on par données probantes?

La prise de décisions fondées sur des données probantes présuppose l'existence de données probantes qui sont bonnes et valides. Ce n'est cependant pas toujours le cas. Les données probantes peuvent coûter cher à recueillir ou être difficiles à consulter pour des raisons liées à la protection des renseignements personnels.

Il y a en outre la question difficile de la validation. Quand les données probantes sont-elles suffisantes pour provoquer un changement réel? Cette question s'est révélée particulièrement troublante et chargée de valeurs dans le domaine du traitement du SIDA. Elle a posé un défi aussi dans le domaine des technologies nouvelles, car la mise au point des technologies peut être plus rapide que la publication de documents permettant de les évaluer.

Il faut aussi savoir ce qui constitue de bonnes données probantes. On tire beaucoup de données d'études fondées sur des méthodologies qui sont enracinées dans les principes scientifiques mais qui ne sont toutefois pas conformes aux méthodes scientifiques traditionnelles. C'est le cas des études Whitehall. Ce problème de validation pose un défi encore plus grand dans le cas des méthodes de guérison autochtones ou des thérapies parallèles. Si un traitement ou un choix vaut pour des communautés autochtones depuis des centaines d'années, peut-il être valable pour nous sans avoir à passer des années au stade des essais cliniques?

8.1 Qu'est-ce qu'une donnée probante?

8.2 Que faire des nouvelles technologies prometteuses qui ne sont pas encore évaluées? Faut-il créer un stade intermédiaire entre les stades éprouvé et non éprouvé?

8.3 Faudrait-il soumettre des thérapies parallèles/complémentaires ou la médecine traditionnelle d'autres cultures aux mêmes normes relatives à la preuve et à l'efficacité que la médecine occidentale? Les normes relatives aux données probantes elles-mêmes peuvent-elles varier selon la culture ou selon la vision de la santé de l'intéressé?

8.4 Pensez-vous que des groupes culturels ou ethniques différents devraient pouvoir décider eux-mêmes de la façon de répondre à leurs besoins dans le domaine de la santé et pouvoir utiliser

des fonds publics pour des traitements et des thérapies qui ne sont pas éprouvés sur le plan scientifique et ne sont pas répandus dans le système de soins de santé?

9. Infrastructure de l'information sur la santé

Il est essentiel de disposer de renseignements de qualité sur lesquels fonder nos décisions dans le domaine de la santé. Par exemple, on réunit énormément de données sur les dépenses consacrées au système de soins de santé, mais on en réunit relativement peu sur l'efficacité de ces dépenses. Le défi que doit relever l'infrastructure d'information sur la santé consiste à fonder une décision clinique individuelle ou une décision stratégique au sujet de la santé sur tous les renseignements pertinents qui existent aujourd'hui.

Les outils d'aide à la décision sont un moyen utilisé à l'échelon clinique pour mieux appliquer des connaissances à la prise de décisions. Ces outils intègrent les signes et les symptômes des patients à des règles et à des données historiques pour présenter à l'utilisateur une décision ou un éventail de décisions possibles.

Un enjeu connexe consiste à savoir comment aider les consommateurs et les patients à prendre de meilleures décisions au sujet de leurs soins de santé. La plupart des renseignements fiables sur la santé et les soins de santé sont très complexes et techniques. Ils sont aussi conçus pour être consultés par des praticiens seulement. Même si ces renseignements sont accessibles, comment faire en sorte que les patients puissent les évaluer efficacement? Jusqu'à présent, les renseignements n'ont été fournis qu'aux professionnels de la santé, car ce sont eux qui ont reçu la formation nécessaire pour les comprendre et les interpréter.

9.1 De quelle infrastructure d'information sur la santé a-t-on besoin pour appuyer la prise de décisions fondées sur des données probantes au Canada? Comment y parvenir? Que faire pour y parvenir?

9.2 Quels types d'outils d'aide à la décision faut-il mettre en oeuvre pour promouvoir la santé de la population canadienne? Quels types de renseignements faudrait-il recueillir, analyser ou diffuser?

9.3 Quels types d'outils et de renseignements faut-il mettre en oeuvre pour améliorer la prise de décisions par les fournisseurs de soins de santé et les décideurs?

9.4 Les patients/consommateurs peuvent-ils agir comme partenaires égaux dans la prise de décisions sur leur propre état de santé? De quels renseignements ont besoin les patients, les consommateurs et le public pour renforcer leur rôle?

10. Valeurs et principes

Même s'il y a eu, dans diverses provinces du Canada, de nombreuses discussions publiques sur la nécessité de transformer radicalement le système de soins de santé, il n'y en a pas eu beaucoup, dans le cadre du programme de réforme de la santé, sur l'importance et la signification des valeurs et des principes sous-jacents. Nous en savons beaucoup trop peu au sujet de l'impact qu'une réforme d'envergure de la santé peut avoir sur nos expériences individuelles et sur les valeurs que nous défendons en public. Les valeurs délimitent le débat et l'on considère qu'il est crucial de les comprendre pour comprendre et prédire les comportements et les attitudes des êtres humains.

Tous les Canadiens et toutes les Canadiennes n'ont pas les mêmes valeurs, de même ces valeurs ne se prêtent pas toutes particulièrement au changement. Des valeurs conflictuelles ou le clivage entre les valeurs indiquent que les politiques publiques ne peuvent saisir ou refléter toute la gamme des valeurs canadiennes. Néanmoins, pour être comprises par la population canadienne, les recommandations et les politiques de demain doivent être formulées de façon à traduire les valeurs reconnues comme pertinentes et valides.

Pour répondre aux questions qui suivent, il faut utiliser cette liste de valeurs et de principes (qui est loin d'être exhaustive) :

(i) Efficience : Le système de santé doit être aussi efficient que possible. Les services et les programmes doivent être efficaces, utilisés à bon escient et fournis au moindre coût.

(ii) Intégralité : L'éventail des services doit inclure tous les traitements et les services qui répondent aux besoins dans le domaine de la santé.

(iii) Qualité des soins : La qualité des soins disponibles pour toute la population canadienne doit être aussi bonne, voire meilleure, que celle qui existe ailleurs.

(iv) Autonomie des patients : Les patients doivent bénéficier du maximum de choix pour décider des services et des traitements qui leur sont accessibles et à quelle condition ils les recevront.

(v) Égalité d'accès : Tous les Canadiens et toutes les Canadiennes doivent avoir le même accès aux soins de santé. La capacité de payer ne doit pas être un obstacle.

(vi) Part équitable pour les groupes : Les ressources doivent être réparties de telle façon que des communautés et des groupes démographiques différents en obtiennent une part équitable.

(vii) Priorité aux plus nécessiteux : Les ressources doivent être réparties en fonction du besoin; il faut répondre d'abord aux besoins les plus criants; il faut affecter des ressources aux individus et aux populations proportionnellement à leurs besoins.

(viii) Retombées maximales de chaque dollar : Nous devons nous efforcer de tirer le «maximum de notre argent» ou des avantages de chaque dollar consacré aux soins de santé.

(ix) Une population en bonne santé : Nous devons nous efforcer d'avoir le plus grand effet favorable possible sur l'état de santé et le mieux-être de la population canadienne.

a) Dans la liste ci-dessus, choisissez les trois valeurs ou principes qui vous importent le plus et les trois qui vous importent le moins. Expliquez vos choix. Y a-t-il des valeurs ou des principes qu'il faudrait ajouter à la liste selon vous? Quelles valeurs faudrait-il rayer de la liste selon vous?

b) Selon vous, quels conflits pourraient surgir entre ces valeurs et comment les régleriez-vous?

11. Droit aux soins de santé / Répartition des ressources / Priorités gouvernementales

L'assurance maladie, ainsi que les valeurs et les principes enchâssés dans la *Loi canadienne sur la santé*, jouissent de la faveur populaire. Nous savons aussi qu'un pourcentage élevé de la population juge que le système de soins de santé est bon ou excellent. Des recherches récentes indiquent que la population canadienne considère la santé comme la troisième valeur en importance, sur une liste de 22, que le gouvernement fédéral doit maintenir. Elle n'est précédée que par des concepts fondamentaux comme le maintien de la liberté et la propreté de l'environnement.

a) Croyez-vous que tous les Canadiens et toutes les Canadiennes ont droit à des soins de santé et, le cas échéant, comment décririez-vous ce droit? Un droit aux services de base? Un droit aux services de qualité? Un droit aux meilleurs services de santé possibles?

b) En ce qui a trait à l'orientation des politiques relatives à la santé, lequel des aspects suivants croyez-vous le plus important pour le gouvernement, et pourquoi?
(i) Répondre aux besoins des plus malades et des plus vulnérables? (ii) Améliorer l'état de santé général et la qualité de vie de la population canadienne?

12. Répartition des ressources / Soins palliatifs-soins actifs / Équité des listes d'attente

Dans la foulée de la réforme des soins de santé, un grand nombre de décisions délicates concernent la façon dont la société utilisera les ressources à sa disposition. Ces ressources sont limitées; pourtant notre capacité d'étendre l'éventail des services médicaux semble illimitée. Beaucoup de gens soutiennent qu'il faut arriver à équilibrer le système; qu'au lieu de vouloir profiter de tout nouveau service de soins de santé, quel qu'en soit le coût, la population comprenne qu'elle devra renoncer à certaines choses si elle veut davantage de services de soins de santé.

a) Dans quelle mesure importe-t-il selon vous de répondre le plus possible aux besoins des mourants au lieu d'essayer de sauver des vies lorsque les chances de réussite sont très minces?

b) Les interventions qui visent à sauver des vies sont souvent très coûteuses. Croyez-vous que l'on cherche trop à sauver des vies à n'importe quel prix, aux dépens d'autres besoins importants?

c) Croyez-vous que dans certains cas, il peut être nécessaire de limiter les options accessibles à un patient en particulier afin d'assurer un partage équitable des ressources entre tous les patients?

d) Comment évalueriez-vous les divers critères ci-dessous lorsqu'il s'agit d'accorder aux personnes qui figurent sur une liste d'attente la priorité en ce qui a trait à un service médical? Y en a-t-il qu'il ne faudrait sûrement pas utiliser selon vous, et pourquoi?
   1. Urgence médicale
   2. Avantages pour la personne
   3. Avantages pour la société
   4. Âge
   5. Facteurs liés au style de vie
   6. Premier arrivé, premier servi

13. Iniquités / Ressources consacrées à la santé et aux soins de santé

L'équité d'accès aux services sans égard à la capacité de payer était un des premiers piliers de l'assurance-maladie. Et même si l'on pouvait prouver qu'un seul système universel public pour tout ce qui est jugé médicalement nécessaire est inférieur à certains égards à un système à la fois privé et public, ce ne serait peut-être pas une raison suffisante pour adopter un système combiné. Il se peut que les Canadiens et les Canadiennes accordent la préférence à l'équité et à l'universalité plutôt qu'à une qualité supposée supérieure dont ne bénéficieront que quelques privilégiés.

a) Nous tolérons de nombreuses iniquités dans la société canadienne. Des personnes ont de grosses maisons, d'autres vivent dans la rue. Certains conduisent des véhicules luxueux, d'autres n'ont pas les moyens de s'acheter une auto. L'inégalité dans le secteur des soins de santé est-elle différente de celle qui sévit dans d'autres sphères d'activité? Le cas échéant, pourquoi?

b) De plus, si les soins de santé ne sont qu'un des déterminants de la santé, et si les autres déterminants de la santé sont eux-mêmes distribués de façon inéquitable, les soins de santé devraient-ils être différents? Le cas échéant, pourquoi?

ANNEXE D

Groupe 1
Question 3
Le samedi 20 avril 1996

Question 3.1 : La répartition actuelle public/privé est-elle optimale?

Points forts

- Certaine mesure de référence
- Contrôle des coûts dans les domaines à haute proportion de financement public
- Éviter la sélection des risques (pas d'écrémage)
- Plus bas coût d'administration
- Meilleur accès dans le domaine public
- Protection financière pour les malades
- Moins de mauvaises créances pour les fournisseurs
- Application des principes
- Le financement public allège le fardeau des employeurs
- Avantage économique comparable pour les fabricants canadiens

Faiblesses

- Piètre intégration des secteurs public-privé - affectation irrégulière de services aux domaines public ou privé
- Incitations au transport des coûts - privé
- Coûteux - innovation restreinte - confusion dans l'obligation de rendre des comptes - perte?
- Division à caractère historique - pas d'approche/analyse à long terme
- Pas de changement - inertie
- Fonds de transition
- Intégralité
  - *Loi canadienne sur la santé*/public + hôpitaux et médecins
  - Autres services - date antérieure
  - décatalogage
- Accès réduit du public à cause du contrôle des coûts/compressions
- Perte de qualité/services compromis pour économiser des $$ dans le secteur public
- Peut-on faire plus avec moins?
- Toutes les décisions deviennent des décisions financières - et à caractère politique
- Incitations à jouer le jeu du déplacement des coûts
- Le secteur privé s'accroît - est-ce une bonne chose?
- Incitations au décatalogage
- Problèmes de répartition au sein du secteur public - Obligation de rendre des comptes
  - Responsabilité
- Le contrôle des coûts par les assureurs privés augmente avec la hausse des coûts - soins administrés
- Il faut travailler ensemble/communiquer/partager la responsabilité
- Pas de mesure de la qualité/résultats

Messages clés

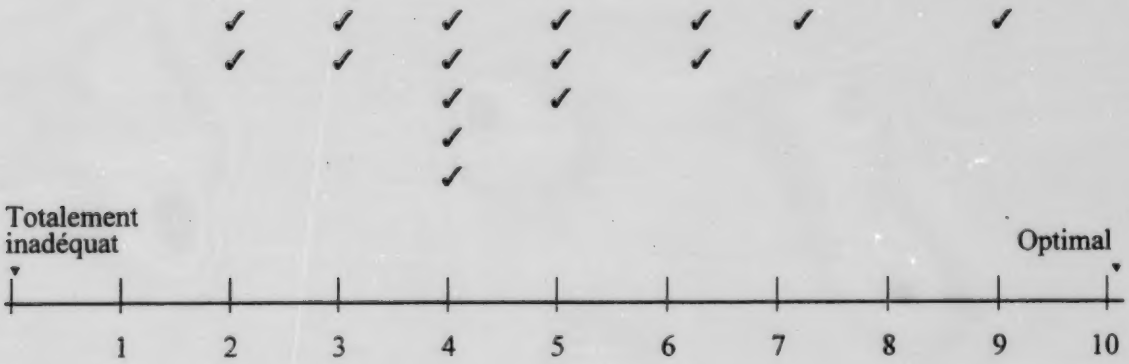
1. Il faut un objectif pour déterminer «optimal»
2. Le niveau public est trop petit pour assurer la qualité/l'accès
3. Définir la qualité des soins

4. L'impact sur la santé est négligeable (définir santé et soins de santé)
5. Recourir à l'information/preuve en prenant des décisions de financement
6. Il faut de la vision/approche à l'objectif
7. Problèmes d'équilibre
8. Incitations au déplacement des coûts
9. Qu'est-ce qui est couvert/non couvert - besoin de redéfinir

Répartition actuelle secteur public-privé

(Perception des intervenants de l'équilibre actuel)

Financement



Définition de optimal :

- Associé à l'exécution des principes de la *Loi canadienne sur la santé*
- Accessibilité/objectifs de qualité
- Efficience - réduction du gaspillage

Question 3.2 : Selon vous, quels sont les valeurs, principes, objectifs et critères qui devraient marquer la répartition des ressources (secteurs public et privé) à l'avenir?

Principes/objectifs

1. Les besoins
2. Respect partagé, y compris la responsabilité individuelle
   - Définir les critères reliés aux principes
     - qui définit, client
     - envergure?
3. Approche intégrée avec des services autres que les soins de santé et à l'intérieur de la santé
4. Soins de qualité
5. Refléter les déterminants de la santé - particulièrement les facteurs au-delà du contrôle de l'industrie
6. Plus orientés vers le client
     - prévention, là où c'est possible

7. Accroître la capacité individuelle/familiale/communautaire de travailler avec les ressources en mains
    - réduire les risques
    - accroître la participation
8. Mettre l'accent sur l'éducation du consommateur
    - peut être publique
9. Contrôle/partenariat entre les secteurs public-privé
        - (p. ex. système financé publiquement - coûts du secteur privé)
10. La santé est un besoin fondamental; l'accès aux soins de santé est un droit fondamental - financement public prévu par la *Loi canadienne sur la santé*
11. Équité/efficience/sécurité/liberté (besoin de compromis)
12. Pas juste un système public ou entièrement privé - mélange
13. Principes de la *Loi canadienne sur la santé*
    - il faut redéfinir «intégralité»
14. Système de santé, non système de maladie
15. Choix
16. Construire sur ce qu'il y a de mieux
17. Pas de place aux profits?
18. Si on en a besoin - le public paiera?

Messages clés

1. Qualité
2. Accès universel
3. Prise conjointe de décisions
4. *Loi canadienne sur la santé*

Question 3.3 : Quel type de cadres décisionnels conviendrait le plus au contexte canadien? (Que pensez-vous des modèles actuels par rapport aux modèles proposés pour déterminer l'envergure de la couverture publique?)

Cadres

- Liste
- Jugement professionnel et examen par ses pairs (p. ex. *TIMO*, agent médical, conseils régionaux de santé)
- Patients (relevés/coût des économies médicales)
- Prise partagée de décisions (qui)
- Catégories générales - qui/où - *Loi canadienne sur la santé*
- Qui prend les décisions
    - médecins
    - population
    - gouvernement
    - autres fournisseurs
- Décisions macro, meso ou micro
- Recours à des données probantes (quand c'est possible)
    - valeurs
    - préférences
- La liste doit être flexible et doit pouvoir utiliser de nouvelles données probantes

- Détermination du point de service
- Approche multidisciplinaire
    - budgets globaux
    - incitations reliées aux résultats désirés
    - valeurs relatives
- Entre données probantes pures et processus politique
- Les décisions sont politiques
    - qui prend les décisions
    - comment sont-elles prises
    - obligation de rendre des comptes

Messages clés

1. Souplesse VS prévisibilité
2. Implicite VS explicite
3. Les filtres multiples ont de l'attrait
4. Aussi objectif que possible
5. Oublier le modèle Oregon
6. Les décisions sont prises dans le moment
7. Estimons-nous qu'il y a suffisamment de $$ pour les nécessités médicales
8. Lignes directrices cliniques
9. Les taxes comme outil de financement
10. Coordination des politiques

Question 3.4 : Si l'on suppose qu'aucun financement supplémentaire ne sera disponible pour l'ensemble du système de santé et que la part globale des dépenses publiques et privées ne changera pas, dans quelles catégories augmenteriez ou diminueriez-vous la part de financement public ou privé?

- Définir «suffisante»
- Décisions sur santé de la population VS santé individuelle
- Plus de santé publique
- Qu'est-ce qui est efficace/approprié
- Données probantes
- Pourquoi supposer «moins» de financement - la population augmente
- Si les principes de la *Loi canadienne sur la santé* sont applicables – financement public
- La part publique peut être une décision politique/philosophique

	Part du secteur privé		Plus de $$	Plus public
27	Hôpitaux	10 %		
7	Autres établissements	30 %	--	
10	Médecins	1 %	--	
6	Autres professions	86 %		+
9	Médicaments	68 %		
2	Capital	25 %		
10	Autres	30 %	+	
72	Autres autres		+	

- Coûts contrôlés dans le secteur financé publiquement
- Impact du financement sur le système de prestation
- Si les soins conseillés ne sont pas nécessaires et ne seront pas financés publiquement - un paiement privé devrait-il être permis
- Besoin d'indicateurs de santé
    - axés sur la population
    - le public paie
- Il faut d'abord décider quoi acheter - où acheter et comment payer
- Établir des objectifs/acceptation/établir le coût
- Le secteur privé peut fournir des soins efficaces/efficients, de haute qualité
    - peuvent être contrôlés
    - peuvent être fournis avec un financement public
- Les systèmes peuvent affecter l'efficience

Messages clés

1. Définir les services génériques de base
- dans le système financé publiquement
- définition d'«intégralité»
- recommandation médicale

2. Les autres peuvent être considérés comme une marchandise privée sur le marché
3. Intégralité correspond à nécessité médicale
4. Choix du patient
5. Les choix sont dénaturés par ce qui est financé publiquement et ce qui ne l'est pas
6. Besoin de définir ce qui est compris - mais les listes ont des avantages comme des désavantages

Question 3.5 : Quel est le rôle idéal des assureurs privés? Doit-il changer ou rester inchangé?

Rôle idéal des assureurs privés

- Couvrir les services non couverts par le système public
- Les risques doivent être contrôlables (réduire le risque moral)
- Si la couverture est globale - toutes les nécessités médicales - pas besoin alors du secteur privé
- Les coûts sont dictés par le système public
- Modèle compétitif - complet avec assurance et prestation publiques (système de relevés/fiduciaire), mais la présence de plusieurs financiers pourrait
    - accroître les coûts
    - causer des problèmes d'équité
    - détruire l'appui au service public
- Il faut un système public à la base - supplémentaire au système privé
- Sources de financement de rechange – éviter le contrôle des coûts
- Le système public peut attirer les patients et les fournisseurs
- Si l'on peut se payer quelque chose au-delà du niveau public – pourquoi ne pas payer plus de taxes ou d'impôt?
- Le choix est notable
    - au-dessus de la base
    - supplémentaire
- Coûts accrus – baisse de l'avantage compétitif
- Couverture à l'extérieur du pays
- La santé n'est pas une marchandise, mais certains aspects des soins de santé peuvent l'être
- Incitations pour le gouvernement à déplacer les coûts
- La sélection des risques est un problème

Messages clés

1. Complémentaire
2. Concurrence pour les services
3. À l'extérieur du pays - conditions pré-existantes
4. Si le système public couvre tous les services (nécessités médicales), y compris des services/fournisseurs de médecine douce – pas besoin d'assurance parce qu'elle ne s'appliquerait qu'aux procédures optionnelles
5. Si l'équité est importante – système public
6. Efficience économique
7. Pas de consensus à l'effet que les soins de santé sont une marchandise

Groupe 2
Question 4
Le samedi 20 avril 1996

Question 4.1 : Croyez-vous qu'il serait possible d'adapter au contexte canadien les stratégies de marché dirigé utilisées dans certains pays européen? Pourquoi ou pourquoi pas?

Pourquoi

- Nous serions obligés de déterminer ce qui est assurable. Pourquoi pas - densité de la population
- Possibilités réelles - si la structure est appropriée
- Nous avons pris des décisions
- Concurrence parmi les fournisseurs
- Il faut des incitations pour accroître l'efficience - marché planifié - le praticien ou le fournisseur décide
- Ne fonctionnera pas en milieu rural
- Dépenses importantes - besoin d'efficience
- Ne pas attendre que le système soit fauché - il faut considérer cet aspect
- Se fier au système du marché pour régler les problèmes
- Outil de prise de décisions - à l'appui d'une intégration efficace

Pourquoi pas

- Ce modèle n'a pas été évalué
- Les valeurs sont différentes
    - Les Canadiens ne veulent pas être catalogués
    - L'approche britannique fonctionne parce que le système de soins primaires est en place - ne peut être transplantée au Canada
- Des données probantes sont nécessaires avant d'aller de l'avant
    - projets pilotes - seule façon - sérieuse
- Si l'on opte pour la méthode du marché - hésitation, la recherche est difficile - manque de stabilité
- Menées par les industries
- Il n'est pas certain que le marché fonctionne dans l'industrie - réussira-t-il en soins de santé? les incitations sont à l'intérieur du système
- Il n'y aurait plus de bureaucratie
- Qu'essayons-nous de réparer - ne pouvons le maintenir
    - une intégration plus efficace
- Partage acheteur/fournisseur
    - besoin d'intégration au niveau local
- S'assurer qui est l'acheteur?
    - provincial - local
    - critères - qui les établit
- S'il s'agit d'une seule structure corporative
- Solution de marché planifié en quête d'un sujet
- Qui prendra les décisions?
- Pourquoi introduire un autre système de l'extérieur?
- Capacité de prendre des décisions
    - information - technologie

- consommateur mal informé
- connaissances - sagesse

- Définitions - pas les mêmes, p. ex. santé et soins de santé

Modèles

- Bénévoles rémunérés (R.-U.) et autres
- Pratiques de fiducie
  - (le pouvoir d'achat entre les mains de «spécialistes» des soins primaires, obligation de rendre des comptes - frais de gestion)
- Assurance privée - par des industries
  - financement réglementé (certaines construisent des établissements)
- Maisons de soins - soins personnels (Manitoba)
  - besoin d'un meneur - concurrence interne
- Soins chroniques
- Les mourants - endroits où les placer (Grande-Bretagne)
  - les gens sont préparés - allégement pour les établissements de soins aigus
- Fournisseur privilégié
  - fournisseurs particuliers
- Système à deux niveaux
  - (un niveau - droit aux services essentiels de base - définir ce pour quoi nous payons - médicalement nécessaire)
- Monopoles - le pour et le contre

Modèle à marché dirigé

Concurrence interne parmi les fournisseurs - à l'intérieur d'un système financé publiquement

Oui - pourquoi

Existe déjà chez les praticiens, dans les hôpitaux (non officielle), p. ex. services de laboratoire

a) coût-efficacité - qualité - double emploi
b) concurrence interne - renvois - indices de qualité
c) informatif - opinion publique
d) au niveau politique - appui au modèle compétitif - secteur privé
e) - philosophie conservatrice (avec un petit «c») d'autonomie

Non - pourquoi

Les patients - désavantagés
Doivent être près du domicile

- conséquences du payeur unique
  - bureaucratie
  - impression d'économie
  - coût-efficacité
  - l'entreprise privée doit donner satisfaction à sa clientèle
- les fiduciaires n'ont pas de formation en gestion
- On pourrait exploiter la main-d'oeuvre
  - pas d'avantages - salaires encore plus bas
- Difficultés de recherche et d'éducation
- Sous-entend profits - s'il s'agit de soins de santé à but lucratif - au profit de qui?
- Qu'advient-il de l'argent non dépensé pour les patients catalogués

- (il serait utile que les conseils décident à qui il sera distribué)
- Approche culturelle - différente
- Régions rurales - concurrence - attrayantes - coûts élevés
- Les valeurs et la qualité se perdent
- Risque d'une bureaucratie et de coûts de gestion accrus
- Services communautaires
  - pertinence
  - comportement de secteur privé
  - gestion de cas
  - fonctionnent s'ils sont mis en place selon le principe de «l'inscription unique»
- S'en servir judicieusement
- Deux niveaux - symptôme du modèle à marché dirigé
  - c'est un «pourquoi pas»
- Deux niveaux pour les services essentiels : indésirables
- Il faut s'occuper de l'universalité - pour les services de base
- On ne peut acheter dans le secteur privé des services financés publiquement
  - cela créerait des problèmes pour les systèmes publics

Question 4.2 : Quelles mesures, s'il en est, le Canada devrait-il prendre concernant les stratégies dictées par le marché?

- Étudier et comprendre le modèle européen axé sur un marché dirigé
- Comprendre les prérogatives du gouvernement national
- Fixer des échéanciers
- Les provinces doivent être perçues comme le moteur
- Définir les objectifs
  - compétence (Premières Nations)
  - besoins
- compétence
  - fédérale
  - provinciale
  - locale
- Remettre les pouvoirs aux communautés
- En faire l'évaluation et décider à quoi elles serviront

Question 4.3 : Compte tenu de la tendance à la «régionalisation», quels sont, selon vous, les principaux changements structurels supplémentaires qu'il faut apporter aux systèmes de soins de santé au Canada?

- Réduction de la taille des ministères de la Santé
- Restructuration du ministère de la Santé
  - niveau fédéral
  - niveau régional
- Financer les régions selon leur population
- Système organisé pour les soins primaires

- Systèmes d'information
  - soins primaires
- Composition des commissions
  - élus
  - nommés
- Transfert de pouvoirs
  - province – régions
- Le fédéral doit se retirer des politiques affectant la prestation?
- Aborder la question de la rémunération des médecins
- Faire le lien avec l'enseignement et la recherche

Principales conséquences de la régionalisation?

Positives : «Nous espérons»

- Mieux adapté aux besoins
- Plus de souplesse
- Plus grande continuité des soins
- Approche pragmatique globale (besoins spécialisés)
- Supprimer les obstacles artificiels
- Économies dans les coûts
- Hiérarchie de l'obligation de rendre des comptes mieux définie
- Définition élargie de la santé
- Responsabilisation accrue
- Concurrence à l'intérieur du système (du bas vers le haut)
- Innovation en recherche et en éducation
- Le public devient plus intéressé à la répartition des ressources
- Visibilité des choix qui sont faits
- Faire des choix d'après une vue d'ensemble
- Intégrer planification et fonctionnement
- Planification plus précise des affaires
- Capacité d'offrir des chances égales
  - population
  - technologie

Négatives

- Les normes universelles ne sont pas maintenues
- Maintenir la même qualité de service
- Plus vulnérable aux groupes d'intérêts spéciaux
- Responsabilité sans pouvoirs
- Obligation de rendre des comptes moins bien définie
- Pouvoir sans responsabilité
- Délimitation des régions
- Bureaucratie accrue (possibilité)
- Possibilité de gestion déficiente (manque d'aptitudes)
- Possibilité que le processus de représentants élus ou nommés devienne politique
- Coûts bureaucratiques cachés
- Perte d'économies d'échelle
- Danger d'une trop grande dévolution
- Perte d'emplois

    - chez les jeunes
    - les nouvellement formés
    - les hautement spécialisés
- Défaut de reconnaître les coûts de transition
- Perte de financement pour la recherche et l'éducation
- Question morale
- Dominer la société qui prend des décisions
- Réévaluation

Question 4.4 : Quels sont les obstacles et les possibilités associés aux changements structurels anticipés?

Obstacles

- Friction entre les trois niveaux de gouvernement
- Financement
- Expertise/ressources locales adéquates
- Ne voit pas le besoin de changement
- Friction entre la structure de gestion de la maladie et les régions
- Coopération professionnelle interne
- Temps
- Volonté politique (Ontario)
- Les risques
- Facilité ($$) d'instance légale
- Vieilles loyautés institutionnelles
- Commissions en place
- Aliénation des praticiens (cause ou effet)
- Législation en vigueur sur les paiements de transfert
- Critères d'évaluation différents

Possibilités

- Apprendre des erreurs du passé
- Le contexte économique difficile nous force à agir
- L'éducation des citoyens au sujet de la santé et du financement est positive
- Faciliter l'intégration verticale
- Représentant des patients
- Élection prochaine
- Éducation à partir de la base
- Évaluer et étudier les expériences
- Meilleure planification des soins de santé
- Les employés des soins de santé sont plus sensibilisés à la valeur de l'argent
- Service satisfaisant axé sur le client
- Discussion plus ouverte pour le grand public
- Intégrer un organisme de services de santé (non politique)
    - provincial ou fédéral

Groupe 3
Question 5
Le samedi 20 avril 1996

Message clé concernant l'obligation de rendre des comptes

1. Dans le secteur des produits pharmaceutiques, l'équilibre du pouvoir et l'obligation de rendre des comptes est complexe et est considéré comme inadéquat
   - Cet état de choses est attribuable au fait que nous n'avons pas abordé un large éventail de questions de politiques ayant des répercussions sur les différents intervenants qui sont souvent adversaires.

Obligation de rendre des comptes de nombreux intervenants en ce qui concerne la distribution des médicaments au public

(non de force égale)

- secteur pharmaceutique
- prescripteurs
- gouvernement(s)
- fournisseurs de soins de santé
- consommateurs
- pharmaciens

Rôles ➤ en voie d'être modifiés

Problèmes

- parfois mal définis
- parfois ignorés
- parfois mal compris par les intervenants mêmes
- problème de contrôle de la qualité (c.-à-d. pas simplement le besoin de plus de «connaissances»)

Enjeux à considérer

- Coût
- Utilisation
- Pratiques de prescription
- Publicité sur les médicaments
- Accès
- Données
  - disponibilité
  - qualité
- Faire une recherche sur l'usage - Prise de décisions fondées sur des données probantes
- Mesure dans laquelle la structure d'obligation de rendre des comptes est coordonnée, c.-à-d. méli-mélo
- Culture systémique (des soins de santé), c.-à-d. le cloisonnement, les solutions hâtives
- Obstacles dressés par le système/incitations pernicieuses, c.-à-d. frais de service, caractère confidentiel
- Comportement des consommateurs
  - ▸ attentes appropriées :
    - des patients
    - des prescripteurs
  - ▸ rôle des médias
- Place des médecines douces
- Sécurité

- Déficit du contrôle de la qualité
- Gestion de l'information (équilibrer le rapport «signal au bruit»)

Ajustements proposés

1. Élargir la couverture de la *Loi canadienne sur la santé* à tous les soins efficaces (y compris la pharmacothérapie et les médecines douces)
2. Systèmes de rémunération
   - modifier «honoraires à l'acte» comme étant la seule approche pour
     - les médecins
     - les pharmaciens
   - pour reconnaître l'apport «intellectuel»
3. Accroître la disponibilité et la qualité des données probantes
   - apprendre des échecs du contrôle de la qualité
   - efficacité
   - base de données commune comprenant un consensus sur les règles de la preuve
4. Créer un organisme autonome d'examen des médicaments/organisme de contrôle
   - réviser le système d'approbation des médicaments
   - système national
   - rend des comptes au gouvernement
   - surveiller la consommation, l'innocuité et l'efficacité des médicaments
5. Ajuster les incitations parmi les intervenants du secteur
   - honoraires à l'acte
   - faire disparaître les obstacles entre pharmaciens et praticiens et autres fournisseurs de soins de santé (p. ex. connaître la base de connaissances de l'autre, avoir entièrement recours à l'approche d'équipe)
6. Coordination du système de soins primaires
   - principes
     - pas de profit personnel dans les décisions de prescription
     - les économies dans un secteur sont ouvertement affectées à d'autres secteurs
     - organisation des ministères de la Santé, budgets, etc.
     - incitations pour créer un ensemble approprié de praticiens et de ressources pour garder les patients en santé
7. Transmettre les «signaux d'erreur» de façon opportune (rétroinformation pertinente et opportune au décideur)
   - légères variations selon la région
   - utilisation de la technologie/ordinateurs
   - besoin de fournir l'information pertinente aux médecins (systèmes et technologie d'utilisation facile)
   - posséder des normes
   - avoir recours à des «ralentisseurs»
     - c.-à-d. voir comment les patients individuels réagiront/changement d'habitudes
8. Élargir les normes nationales de la publicité pharmaceutique
   - quel prix peut-on demander pour un médicament individuel
   - refléter la tendance vers une médecine fondée sur des données probantes (en plus de l'efficacité)
   - optique de la publicité
     - honnêteté
     - de bon goût
     - non sexiste
   - inviter le milieu de la publicité
     - participer au débat

- abandonner les pressions sur l'industrie
- élargir les normes de la publicité des médicaments en vente libre au public

Demande suscitée par les fournisseurs : freins et contrepoids
Interrogations

- Est-ce un véritable modèle de marché? Devrait-il l'être?
- Quand une marge de profit est-elle acceptable?
- Comment cela cadre-t-il avec «soins efficaces»?
- Les nouvelles médecines devraient-elles être perçues à l'intérieur d'un modèle de marché?
- Le développement de médicaments est-il un «commerce»? Faut-il qu'il le soit?
- Quel est le rôle approprié du marché?
- Comment mieux rejoindre les populations qui en ont besoin?
- Qu'est-ce qui mène/appuie le développement de nouveaux médicaments?
- On s'accorde «vigoureusement» sur le fait qu'il existe un déséquilibre
  - quels freins et contrepoids sont appropriés

1. La publicité auprès de médecins doit être strictement réglementée (c.-à-d. fondée sur des données probantes)
2. Médecins et pharmaciens doivent rendre compte des résultats à leurs patients (en fonction des besoins des patients)
   - payer pour le résultat, pour l'activité
3. Pour faire leur entrée sur le marché canadien, les nouveaux médicaments doivent être efficients et efficaces et faire l'objet d'un contrôle suivi pour en assurer l'innocuité
4. Examiner les aspects «motifs du fournisseur» pour un système d'honoraires à l'acte
5. Examiner les aspects de la «demande motivée par le consommateur»
   - autoriser le «remboursement en fonction de l'apport intellectuel» qui permettra que du temps soit consacré aux patients
   - appuyer l'éducation des consommateurs par tous les fournisseurs de soins de santé
   - créer un niveau de soins qui fournira une éducation aux patients (non remboursé par le système actuel)
   - élargir les modèles qui réussissent dans le moment (faire participer tous les intervenants)
   - accroître l'accès aux modèles qui réussissent dans le moment
6. Améliorer l'organisation des soins primaires
   - liaison entre tous les fournisseurs de soins de santé communautaires
   - organisation et prestation d'une éducation en soins primaires, de sorte que les étudiants soient tôt exposés à la coopération avec un large éventail de fournisseurs
   - faire un recours approprié aux fournisseurs de soins de santé - question «culturelle» parmi les fournisseurs

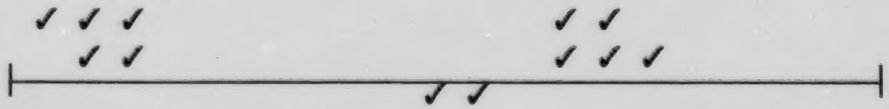
Projet de loi C-91

- Dans quelle mesure ce cadre législatif a-t-il engendré les problèmes que nous tentons d'examiner?
- Segment
  1) développement des médicaments
  2) exigences en matière de niveaux de rentabilité
- Préciser ce à quoi nous nous attendons vraiment de l'industrie pharmaceutique au Canada
  - quels arrangements économiques/sociaux sont nécessaires

Groupe 4
Questions 1 à 5
Le samedi 20 avril 1996

Question 1 : Équilibre entre les dépenses de santé et les autres dépenses sociales

Équilibre actuel



Déséquilibre absolu — Équilibre parfait

Ajuster l'équilibre à l'avenir

Perception des participants – Changement de répartition désiré

	Santé	Sécurité du revenu	Éducation	$ total
Répartition actuelle	----	----	----	
Répartition idéale	40 %	20 %	40 %	100 % de l'enveloppe actuelle
Changement	↑	↓	↑	

Principes et objectifs

- Un financement accru de l'éducation mènera à une meilleure santé
- Laisser les dépenses de santé à leur présent niveau
- Au sujet de la sécurité du revenu - la solution est de créer des emplois
- La question n'est pas seulement la répartition réelle, mais aussi le total des $$/PDB; par conséquent, devrait-on hausser ou baisser la part du PDB?
- Accroître les $$ en éducation; dans les trois secteurs, mettre davantage l'accent sur l'enfance
  *l'obligation de rendre des comptes devrait être le principe clé et être fondée sur des données probantes, la capacité financière, et le respect des niveaux de décision
- Laisser les $$ pour la santé à leur niveau actuel, diminuer ceux de la sécurité du revenu, accroître ceux de l'éducation
- Accroître l'éducation : meilleur investissement
  - éducation au sujet de l'utilisation des soins de santé
- L'accès est un problème (p. ex. santé mentale)
  - par conséquent, il faudrait augmenter les $$ pour la santé

- Au sujet des données probantes : les décisions touchant la répartition devraient être faites à l'intérieur d'un cadre
  - il faut établir des critères
  - il faut chercher des façons d'utiliser les $$ efficacement
  - il faut mettre l'accent sur le long terme
  - par conséquent, augmenter les $$ en fonction des gains à long terme, par opposition aux crises à court terme
- Il faut en avoir pour son argent
- Meilleure gestion
- Planification fondée sur les besoins
- Au sujet de l'éducation - il faut porter plus d'attention aux résultats; pas nécessairement plus de $$
- Besoin d'inclure l'éducation en santé dans les programmes d'éducation (module de mieux-être)
- Besoin d'inclure d'autres secteurs (p. ex. transport) dans cette discussion

Messages clés

- Opinions contradictoires au sujet de l'équilibre - le groupe est partagé sur l'évaluation de l'équilibre actuel
- On ne pose pas les questions pertinentes
  - les $$ ne couvrent pas tout
- Éducation VS ce qui est important
  - (planification à long terme fondée sur les besoins)
- La sécurité sociale pourrait «céder»
- Énoncés de conditions au sujet des principes
  - perspective nationale, à long terme
  - optimalisation des $$
    - planification fondée sur les besoins
    - obligation de rendre des comptes, capacité financière
    - orientée vers les résultats
- Pas de consensus au sujet de l'éducation/sécurité du revenu
- Personne n'a affirmé qu'il fallait sabrer davantage dans les soins de santé
- Il faut une meilleure gestion dans les trois domaines
  - «fondée sur les résultats»
  - «fondée sur la valeur»

Objectifs de l'équilibre entre la santé et les programmes sociaux

- Meilleurs résultats en matière de santé
- «Esprit civique efficace» - approche holistique au mieux-être
- Réduction des inégalités en matière de santé entre hommes/femmes, catégories de revenus
- Améliorer l'accès de façon opportune à des soins efficaces et appropriés, en s'appuyant sur les données probantes
- En fonction des changements démographiques
- Cibler les heures productives perdues
  - par conséquent, réduction du nombre de jours perdus à cause de la maladie
- Répartir à compter des «derniers» jours d'existence jusqu'aux premiers
  - par conséquent, améliorer l'équilibre entre l'atténuation de la souffrance et l'amélioration de la santé

- Mettre plus d'accent sur la qualité de vie, par opposition à durée de vie
- Rapprocher le plus possible les services de santé des patients
  - par conséquent, accessibilité, qualité de vie
- Rapport coût-efficacité
  - il faut chercher et mettre en oeuvre des interventions qui présentent un bon rapport coût-efficacité
  - réduire les dépenses en général sans compromettre la qualité/l'efficacité
- Structurer les dépenses en fonction des objectifs et des priorités de la santé
  - par conséquent, commencer par identifier les priorités
- L'enveloppe de la santé ne peut régler tous les problèmes - besoin de coordonner les différents secteurs
- La prévention est l'objectif clé
- Diriger les ressources vers les populations dans le <u>besoin</u>
- L'intégration verticale des services est importante pour rétablir l'équilibre des $$
- Amélioration continuelle de la qualité
- La santé des populations est peut-être une cible trop large pour les interventions dans le secteur de la santé
- Il nous faut des objectifs «opérationnels»
- Au sujet de l'intégration verticale - il n'est pas clairement établi qu'il vaut mieux faire les compromis au niveau local

Question 2 : Comment répartir les dépenses dans le secteur de la santé?

- Accroître le financement public pour les soins de santé complémentaires, seulement s'il y a des données probantes à l'appui
- Consacrer plus de $$ à l'amélioration du soutien administratif et des systèmes d'information, un «pas de géant» s'impose
- Réaffecter des $$ à l'éducation en matière de santé
- Accroître les soins communautaires VS soins en établissement
- Tenir compte de la prévention dans la promotion de la santé
- Accorder la priorité aux populations désavantagées et à besoins élevés
- Mettre l'accent sur les soins chroniques, plutôt qu'aigus
- Accroître le financement de la recherche en santé (générale et appliquée)
- Mettre l'accent sur les soins palliatifs plutôt qu'aigus
- S'en remettre aux médecins plutôt qu'aux médicaments (en Allemagne, par exemple)
  - il faut plafonner le coût grimpant des médicaments
  - meilleure obligation de rendre des comptes, en ce qui concerne les profits
  - utilisation plus efficace des médicaments (c.-à-d. thérapies présentant un bon rapport coût-efficacité)
  - faciliter l'accès
- Répartir le financement vers les professionnels paramédicaux

Objectifs

- De meilleurs résultats
- Aplanir les inégalités en matière de santé
- Faciliter l'accès
- Qualité de vie/espérance de vie - meilleur équilibre
- Soins offerts plus près du domicile

- Amélioration constante de la qualité
- Meilleur rapport coût-efficacité
- Respect des principes moraux

Comment atteindre les objectifs

- En passant des soins en établissement aux soins communautaires
- Plus de prévention et de promotion
- S'adresser davantage aux populations ayant des besoins marqués
- Accroître les soins chroniques, au détriment des soins aigus
- Améliorer les systèmes d'information et accroître la recherche
- Soins palliatifs plutôt que soins aigus
- Avoir plus recours aux fournisseurs de soins de santé complémentaires, en s'appuyant sur les données probantes
- Recours accru aux fournisseurs paramédicaux

Question 3 : Financement public-privé

Enjeux à considérer

- Intégralité – plus la part de financement privé est grande, plus l'intégralité du système public est menacée
- Le financement public facilite le maintien des normes
- Équité – dans l'accès aux soins de santé en fonction de la capacité de payer
- Incertitude – gérer l'interaction médecin-patient après le retrait du secteur public
- Acceptation par le public de ne pas avoir accès aux services privés (choix limité)
- Ressources publiques limitées
- Contrôle du coût total du système de santé
- «Allocation ineffice» découlant de la présence de services financés publiquement dans certains cadres, mais pas dans d'autres
- Frais administratifs – plus élevés dans les systèmes privés
- Accès en temps opportun (listes d'attente)
- Possibilité d'introduire des mécanismes de marché à l'intérieur du système public
- Volonté publique
- Préoccupation concernant l'érosion de l'appui de la classe moyenne au système public avec l'introduction de services financés par le secteur privé
- Profits - devrait-on permettre aux sociétés privées de profiter financièrement du système de santé?
- On prétend qu'un système public à palier unique découragera toute innovation
- Le secteur privé présente le risque d'être axé sur les profits plutôt que sur les besoins («axé sur les profits» suppose ici ne pas être axé sur les besoins)
- Au sujet de l'accès - un système à deux paliers accentuera les inégalités entre les gens à l'aise et les démunis
- Serait-il possible d'adapter le système privé ou de l'élargir pour qu'il englobe les services non médicalement nécessaires et quelles seraient les conséquences?
    - besoin de préciser ce qu'on entend par nécessité médicale
- Américanisation des soins de santé au Canada
- Quel pourcentage des dépenses privées le système public peut-il absorber? (pas tout ou rien)
- Justice fondamentale dans le traitement/rémunération des fournisseurs de soins de santé
- ALÉNA – répercussions de l'accès au marché par des partenaires de l'étranger
- Besoin d'adapter le concept de «médicalement nécessaire» aux réalités du jour (p. ex. médicaments)

- Franchise d'introduction, co-paiements et co-assurance
- Si le financement du secteur privé augmente, il réduit l'incitation à améliorer l'efficience du système public (il faut éviter d'institutionnaliser les inefficacités)
- Comment s'occuper de la population si les modalités de financement changent (p. ex. Oregon/*Medicaid*)
- Risque de voir davantage de médecins partir vers les États-Unis si nous ne maintenons ou n'augmentons pas le niveau de financement privé
- Pourquoi permettre d'injecter des fonds privés dans le système, alors que l'efficacité de ces services est incertaine

Valeurs et principes

- Hypothèse fondamentale : que les cinq principes de la *Loi canadienne sur la santé* sont en place
- Élargir les principes de la *Loi canadienne sur la santé*
  - p. ex. «humanité»
- L'efficience administrative doit sous-tendre le partage public-privé
- Obligation de rendre des comptes (pas seulement financière)
- À la portée de nos moyens
- Intégrité au sujet des nécessités médicales
- Le secteur public ne doit pas financer des services qui ne sont pas médicalement nécessaires
- Continuité des soins
- Maintien/protection des rapports fournisseur-client, et services offerts plus près du domicile
- «Médicalement nécessaire» devrait tenir compte de l'approche holistique et refléter une notion élargie
  - aspects bio-psycho-sociaux

Messages clés

Enjeux à considérer

- Établir des normes
- Maintenir l'accès
- Incertitude
- Question de choix
- Contrôle des coûts du système
- Efficience administrative
- Gestion des listes d'attente
- Médicalement nécessaire - besoin de redéfinir
- Justice fondamentale
- Américanisation (ALÉNA)
- Institutionnalisation des inefficacités du secteur public
- Hypothèse de base :
  - les cinq principes de la *Loi canadienne sur la santé*

Pourquoi un débat sur le financement public-privé?

- Inefficacités du système public; ne pouvons nous les permettre
- Élargir l'accès aux services («syndrome du *smorsgasbord*»)

Question 4 : Stratégies de marché dirigées : sont-elles applicables au Canada?

Principes

- Il faut évaluer les modèles européens avant de les adopter
- Le gouvernement fédéral devrait se retirer des secteurs de la santé, de l'éducation et des programmes sociaux, à l'avantage de l'autonomie provinciale
- Conserver les normes nationales (contrôle et observation)
    - mais les paiements de transfert aux provinces font fonctionner le système
- Plus grande acceptation des médecines douces (acupuncture, homéopathie, sages-femmes)
- En Europe - le pays paie pour l'administration centrale du système (différence avec le Canada)
- Il pourrait être intéressant d'étudier les marchés intérieurs de la Suède et du R.-U. (mais peut-être trop tôt pour une évaluation)
- Par conséquent, le principe – définir ce qui est nécessaire à chaque niveau et sous-traiter les services (le tout à l'intérieur d'un financement public à source unique)
- Il y a lieu d'équilibrer l'offre et la demande
- S'assurer qu'obligation de rendre des comptes et pouvoirs vont de pair
- Il est nécessaire d'évaluer l'impact du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux au niveau des résultats et de l'accès
- Si l'on adopte l'idée de marchés internes pour le système canadien, on court le risque de s'engager vers l'américanisation
- Mais nous sommes compétitifs
- Besoin de faire le lien entre source de financement et utilisation des fonds (p. ex. santé en milieu de travail)
    - en Suède/Allemagne

Quelles mesures?

- Avant d'adopter une stratégie de marché, il faut connaître les coûts de production
- Il faut avoir une bonne compréhension des normes de service (garantie de qualité)
- Il faut aussi surveiller la performance, en ce qui a trait aux normes
- Il faut éduquer le public au sujet des droits aux services et à la qualité
- Il faut savoir de combien d'argent on dispose aux fins d'investissement dans un tel système
- Il faut évaluer les répercussions sur les conventions collectives (est-ce faisable, faudra-t-il les réviser?)
- Il faudra changer le cadre législatif, et la Constitution peut-être, si nous voulons permettre un système privé parallèle
- Il faut préciser les objectifs et ne pas tout transférer du côté privé (p. ex. santé et promotion)

Quels autres changements eu égard à la régionalisation?

- Aucun! - il faut prendre le temps d'évaluer
- Sommes-nous allés trop loin et trop vite en matière de régionalisation?
    - certaines composantes pourraient/devraient être centralisées - p. ex. la santé publique
- Il faudrait régionaliser et intégrer d'autres systèmes (p. ex. l'éducation)
    - conditions de succès
- Il faut s'assurer que la régionalisation ne laisse pas certaines populations avec des services inadéquats (p. ex. les Premières Nations); il faut, au départ, disposer d'installations communautaires
- Les structures régionales doivent intégrer le financement des services de soins primaires
- Soins secondaires/tertiaires : doivent-ils être financés au le niveau provincial ou régional?

- Il faut prendre en considération le coût des structures régionales (et leurs avantages)
- La régionalisation peut entraîner la balkanisation de la couverture à l'échelle des régions
- Il faut prendre du recul, définir les objectifs de la régionalisation et évaluer l'expérience

Possibilités

- Disposer de systèmes autonomes plus petits et donc plus faciles à administrer, où les résultats peuvent être mesurés
- Accroître l'investissement en important une technologie compétitive, afin de faire un saut sur le plan de la productivité et éviter le double emploi
- Caractère universel de la *Loi canadienne sur la santé*, transférabilité des soins de santé, payeur unique
- Réaffectation au niveau communautaire
- Possibilité d'intégrer les décisions/services dans les divers secteurs
- «L'étau» financier actuel nous permet de faire des choses que nous n'aurions autrement pu faire
- «L'étau» financier ouvre la porte à une plus grande créativité
- Les autorités régionales sont un «banc d'essai» pour les projets pilotes

Obstacles

- Le Canada est un vaste pays - diversité des régions, plus riches/démunies, la répartition géographique est un obstacle
- Par sa nature même, la *Loi canadienne sur la santé* créé à la fois des occasions et des obstacles (facteur accommodant et résistance)
- La force de l'opinion publique est un obstacle
  - «L'assurance-maladie est un programme très populaire»
  - Appui public marqué
- L'étau financier est également un obstacle lorsque les personnes qui ont du pouvoir doivent s'en départir

Messages clés

Leçons

- Besoin d'évaluation
- Reconnaître les compromis entre normes nationales et autonomie provinciale
- Intégrer les sources et l'utilisation du financement
- Autres possibilités de régionalisation et de décentralisation
- Accepter une gamme élargie de fournisseurs de services de médecine douce
- Séparation des acheteurs/fournisseurs

Prochaines étapes

- Faire le point
  - le financement fédéral affecte la régionalisation
- Besoin de définir les normes et d'en surveiller l'application
- Révisions législatives
- Renseigner le public sur le besoin de réforme
- Définir l'enveloppe $$
- Étudier l'impact sur la main-d'oeuvre
- Besoin de préciser ce qu'on entend par stratégie «de marché»

Enjeux au sujet de la régionalisation

- Aucun (il faut prendre du recul)
- Nous sommes allés trop loin déjà

- Approche intégrée
- Qui contrôle l'enveloppe des services secondaires/tertiaires

Question 5 : Équilibre actuel entre le pouvoir et l'obligation de rendre des comptes dans le secteur pharmaceutique

Pouvoir et obligation de rendre des comptes – ce qui fonctionne

- Nous recevons les médicaments pour les maladies à traiter (p. ex. inhibiteurs)
- Des fonds sont affectés à la recherche
- Le processus de réglementation fonctionne – innocuité des médicaments
- Le secteur pharmaceutique est un atout pour l'économie nationale (développement et croissance économiques)
- Capacité d'adapter des thérapies ayant un meilleur rapport coût-efficacité
- Nouveau sentiment du devoir et de la coopération entre fabricants, fournisseurs, prescripteurs, consommateurs?
- Obligation accrue de rendre des comptes en ce qui concerne les études sur la consommation de médicaments et les compagnies pharmaceutiques – tenir compte du facteur économique avant d'intégrer les médicaments au système
- Certaines compagnies étudient l'impact de leurs produits sur la qualité de vie
- Intégration du rapport coût-efficacité dans le processus d'essais cliniques
- Réseau/systèmes d'information qui permettent le suivi des effets secondaires et la surveillance de la consommation de médicaments
- Le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) a retenu les hausses de prix de médicaments brevetés sous l'IPC

Pouvoir et obligation de rendre des comptes – ce qui ne fonctionne pas

- Les médicaments pour les maladies courantes ne sont pas toujours disponibles
- Recherche – il se peut que les compagnies pharmaceutiques ne respectent pas pleinement leurs engagements en vertu du projet de loi C-91
- Pas de surveillance des médicaments sur le marché – une fois en vente, ils peuvent être prescrits à n'importe quelle fin (pas de système de surveillance de l'utilisation potentiellement inadéquate)
- La promotion des médicaments auprès des médecins n'inspire pas une utilisation optionnelle
  - il faut que les compagnies pharmaceutiques adoptent un code d'éthique dans leurs rapports avec les médecins
- Les compagnies pharmaceutiques devraient financer les établissements de formation médicale plutôt que les médecins
- Le respect des ordonnances par les patients est un élément à améliorer
- En ce qui concerne les antibiotiques - le médecin est pris au milieu; il faut s'assurer de ne pas trop en prescrire
- La publicité directe des produits auprès du public pourrait poser problème
- Harmonisation du processus d'homologation des médicaments (Canada, É.-U., autres pays)
- La prolongation de la protection par brevet des médicaments (C-91) est une question de coûts
- Les consommateurs n'ont pas l'information dont ils ont besoin sur les médicaments
- Le rapport pour le patient entre la technologie et la maladie
- Chevauchement du fait que les dix provinces ont leur propre liste de médicaments
- Aussi, dix systèmes différents de distribution des médicaments

Suggestions

- Besoin de réglementation pour une surveillance après la mise en marché et d'un examen de l'utilisation des médicaments
- Besoin d'améliorer le respect des ordonnances par les patients
- Besoin d'un effort international concerté de la part des ministres de la Santé en vue d'harmoniser le processus d'homologation des médicaments
- Donner au CEPMB les pouvoirs nécessaires pour réglementer les prix
- Il faut des incitations pour promouvoir l'examen de l'utilisation des médicaments (p. ex., l'Ontario se sert de la liste de médicaments)
- Besoin d'éduquer le consommateur (mais il faut prendre garde quant à qui fournira l'information)
  - il faut un partenariat entre les intervenants clés
- Harmoniser le système de distribution

Fonctionne bien	Ne fonctionne pas bien
• Les médicaments sont disponibles • Meilleurs emplois en recherche • Le processus de réglementation fonctionne bien • Les listes sont appropriées • Développement économique accru • Bon partenariat; le CEPMB a permis des prix abordables	• Ne respecte peut-être pas les engagements en vertu du projet de loi C-91 • Il faut plus de surveillance après la mise en marché • Chevauchement des listes • Conflit d'intérêts - médecins/industrie • Le non respect des ordonnances est un problème de taille

Suggestions

- Plus de surveillance après la mise en marché
- Donner plus de pouvoirs au CEPMB
- Harmoniser le processus d'homologation des médicaments au niveau international
- Faire un meilleur usage des listes et réduire le chevauchement
- Il faut accroître les efforts d'éducation du consommateur

Groupe 5
Questions 1 à 5
Le samedi 20 avril 1996

Question 1 : Équilibre entre les secteurs

- Préoccupation au sujet des dépenses publiques sur la santé au Canada
- Les données doivent faire état des différences entre les sexes
- Dépenser les montants appropriés dans les bons domaines
- D'autres indicateurs ne sont pas sur la liste, il faut plus d'information
  - certains groupes
  - divers pays (cultures,...)
- Il faudrait voir les chiffres pour le Japon
- Notre équilibre est passable, comparé à celui de la Suède (nous dépensons moins)
- Les données ne sont pas statiques
- Au moment d'analyser, il est déjà trop tard
- Les compressions sont déjà excédentaires
- Notre système de soins de santé en est encore au stade de l'enfance, l'infrastructure n'est pas complète
- Le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux créera de la confrontation entre les groupes en raison des fonds publics réduits
- Impact négatif sur la santé en général
- Il n'y a pas d'équilibre raisonnable - il n'y en a jamais eu - beaucoup de questions politiques
- On s'éloigne des sources de fonds : les coûts augmentent et les taxes des corporations baissent
- Les dépenses sociales n'augmentent pas (on s'en félicite) (- Annexe d'Art Kube)
- Les soins de santé ne constituent pas un «système» à l'heure actuelle
- Nous avons affaire à un conflit de valeurs, un paradoxe - nous ne pratiquons pas ce que nous prêchons)
- Le système a-t-il été établi pour soigner la maladie?
- Carences du système - pouvons-nous faire plus (ou pareil) avec moins?
- Nous perdons de vue les questions relatives à l'enfance :
  - pauvreté (alimentation, logement, vêtements)
  - compressions dans le financement
- Les chiffres des É.-U. ne comprennent pas les $$ privés
- Nous ne tenons pas compte des autres éléments qui influencent la santé
- Désaccord entre politiciens et le public quant à ce qui est important
- Les aspects sociaux (services) affectent la santé et les services de santé en proportion inverse
- Dépenses sociales ne sont pas synonymes de paiements de transfert
- Notre système de soins de santé nous donne un avantage en matière de commerce international
- Trop d'importance à la réduction du déficit
- Se sert-on du Forum comme d'un mécanisme à l'appui des politiques gouvernementales (Livre rouge) pour donner l'impression que la population a été consultée?

Sur la question d'équilibre

1. Pas suffisamment d'information
   - le total est-il approprié?
   - assurons-nous le maximum d'efficience?
- Nous avons dépensé 24 % de moins que plusieurs autres pays en 1993
  - les résultats indiquent que nous sommes efficients

- Les statistiques ne sont pas importantes - il nous faut des lignes directrices
- Définir les normes
- Quels résultats désirons-nous
- Les normes devraient être canadiennes
- Le rôle et la responsabilité du gouvernement sont de faire ce que les individus ne peuvent faire d'eux-mêmes
- Les coûts à long terme ne sont pas calculés dans les dépenses sociales pour les soins à moyen et long terme
- Nous n'appliquons pas notre réduction aux questions de santé et de soins de santé
- La réduction du déficit se fait au détriment des plus pauvres de la société
- Les médias et le secteur privé ont décidé que la réduction du déficit était le problème

Les valeurs canadiennes n'ont pas tellement changé

Les sondages indiquent que les Canadiens veulent des normes nationales

- Le Forum devrait rappeler aux politiciens ce que les Canadiens désirent changer et ce qu'ils veulent conserver
- Les gouvernements sont élus pour s'occuper de questions canadiennes - non celles de leur circonscription, pas simplement pour se faire réélire
- La réaffectation devrait favoriser l'ÉDUCATION
- Les responsables de la santé communautaire devraient aider le gouvernement à faire l'équilibre
- Conflit dans la gestion des fonds (par le gouvernement) - politique VS besoins
- Incidence des dépenses sociales sur les EMPLOIS

Question 2 : Équilibre à l'intérieur du secteur

- Objectifs du réaménagement de l'équilibre :
  - Concevoir un système intégré, uniforme, où les résultats sont les déterminants, donc fondé sur des données probantes
  - Comment apporter ce changement?
  - Offrir le service à la communauté AVANT de faire des compressions *
  - Les économies dans un secteur servent à améliorer le «système» *
- Rajuster le système afin de guider la réaffectation des fonds *
- L'environnement est dans un état d'instabilité et d'imprévisibilité *
- Un plan politique - en vue de la stabilité *
- Regarder l'ensemble de la situation - le coût d'opter pour des services communautaires
- Sommes-nous capables de maintenir la qualité?
- Inclure la prévention et la promotion
- Dans le moment : - nous faisons plus qu'il ne semble apparent
  - nous sommes efficients
- Aucune preuve de l'efficience qui résulterait du virage des soins institutionnels aux soins à domicile
- Il est faux que c'est «plus économique de sortir certains services des hôpitaux»
- Incidence sur les aidants naturels (transfert de la responsabilité)

des femmes en majorité < coût de l'absentéisme

érosion des salaires

- Passer trop rapidement aux soins à domicile est coûteux à long (moyen) terme
- Dans le système, nous offrons les mêmes soins de qualité qu'il y a cinq ans
- La complexité du système ne permet pas de recueillir des données sur l'incidence
- Il faut plutôt considérer les tendances
  - à la baisse dans les soins institutionnels
  - peu d'investissements en recherche et en immobilisations
  - la tendance aux médicaments augmente
- Élaborer des stratégies qui subsisteront après le mandat d'un gouvernement
- Les changements de gouvernement ont un effet négatif sur les plans
- Les infirmières ne peuvent donner les mêmes soins de qualité qu'auparavant
- Substituer des soins d'appoint aux soins professionnels
- Données disponibles sur les congés prématurés : effet négatif
- Les employés du système donnent toujours le meilleur d'eux-mêmes
- Les patients voient d'autres facteurs - l'attente
- Les soins de qualité ne coûtent pas toujours moins cher
- Nous ne comprenons pas ce qui est nécessaire, nous ne pouvons donc pas planifier à long terme
- Il faut planifier!
- Des réformes sont en cours : nous avons des objectifs et un plan
- Il pourrait nous en coûter à court terme
- Il doit y avoir une relation entre valeur et formules de financement
- Il faut une réaffectation des ressources
- Examiner l'expérience du Nouveau-Brunswick
- Uniformité et simplicité dans les plans
- Quelles sont les autres méthodes de prestation?
- Les consommateurs doivent participer à la planification et aux autres étapes
- Pas besoin d'experts-conseils

Question 3 : Financement public-privé

Enjeux clés

- Des services privés peuvent être un obstacle à l'accès
- La situation pourrait créer/créera un système à deux niveaux
- La question est de préparer les Canadiens à un système à niveaux
- Points de vue du secteur privé
  - appui aux services de base du système
  - secteur privé : la gestion du secteur ciblé n'est pas assurée dans le moment
- Comment l'argent du secteur privé fait son entrée dans le système - il devrait améliorer et non nuire
- Ce que le secteur privé fait avec son argent dans le système
- Bien définir soins de base et intégralité
  - c.-à-d. peut améliorer le service de soutien
    - technologie de l'information
    - maintenir l'égalité d'accès
- Infuser plus de $$ dans le système - il faut que les services de base continuent à prendre de l'ampleur
- Subventions, formation et équipement sont-ils considérés comme du financement?
- Déterminer clairement les services de base qui sont publics
- L'universalité doit s'appliquer à la santé et aux soins de santé
- Domaines de soins privés (p. ex.soins à domicile) VS soins publics

- Définir «fonds privés» - tout ce qui ne provient pas du système fiscal
- Les consommateurs demandent d'être en mesure de payer pour les services, mais nous restreignons les choix
- Les médicaments sont un domaine qui devrait être financé
- Les soins de réadaptation, à domicile et à long terme, sont un domaine d'intérêt croissant pour le secteur privé - préoccupation au sujet de la qualité des soins et de l'accès
- Le gouvernement permettra l'entrée du secteur privé, pourvu que cela ne soulève pas de controverse
- Des fonds du secteur privé devraient améliorer la qualité des soins :
  - en tant qu'investissements
  - ou une meilleure prestation
- Problème de main-d'oeuvre : personnel syndiqué et main-d'oeuvre à petit salaire
- Maintenir les normes en passant du secteur public au secteur privé
- Le système est en évolution : les sources de financement pour les services et les médicaments devraient aussi évoluer
- Objections à la question!
- Le Forum a des idées préconçues sur les valeurs...
- Ne pouvons parler de financement sans parler de prestation
- Il faut considérer l'éthique, la qualité, l'efficience, l'équité - non seulement le financement public ou privé
- Protéger le consommateur

Question 4 : Stratégies de marché dirigé : Sont-elles applicables au Canada?

- Nous devrions concevoir notre propre modèle, fondé sur des valeurs, canadien
- Principes
  - l'objet étant de présenter un plus grand choix
  - améliorer la qualité
  - consolider les services
  - sous-traiter les services non médicaux
- Incidences : temps de mise en oeuvre ± 36 mois pour parvenir à l'efficience
- Les soinsu de caractère de «soins», médicaux comme non médicaux, perdent de leur caractère
- Incidence, à moyen et long terme, du recours à des fournisseurs privés
- Coûts sociaux des compressions, baisse de salaire, appauvrissement des enfants, les femmes subissent le fardeau
- Considérer l'interaction sociale/humaine de la sous-traitance
- Les coûts des incidences sociales n'ont pas été pris en considération dans le plan d'activités
- Nous ne prenons pas en considération les incidences d'un système de soins dirigés :
  - formation
  - recherche
  - soins tertiaires
  - soins de santé
- Les services coûteux sont maintenus
- Profits dans les soins à volume élevé - soins intensifs à faible échelle
- La main-d'oeuvre canadienne est de haute qualité - motivée, attentive, mais nous ne profitons pas de cette ressource
  - promouvoir la croissance du système
  - profiter d'un personnel polyvalent

- Trouver des aspects positifs à la stratégie axée sur le marché :
  souplesse dans l'interaction client-fournisseur
- Quel est notre domaine d'activités?
- Trouver de l'expertise non disponible dans notre domaine : bases de données
- Où se trouve l'obligation de rendre des comptes? À quelles fins?
- Coûts accrus du travail confié en sous-traitance, plus le fait que, s'étant départies de ces services, les établissements se voient dans l'obligation de continuer à acheter ces services
- Le système public peut adopter les principes d'une stratégie axée sur le marché
- Ne cherchons pas un système de «dernier ressort»
- Les médecins devraient s'occuper des soins, au lieu d'administrer des contrats, ce qui est coûteux en temps administratif

Obstacles

- Nous n'avons pas vraiment de système - nous fonctionnons en silo
- Base de recherche
- Système hiérarchique
- Opposition au changement
- Tendance à une trop grande spécialisation
- Problème des multi-tâches
- Problèmes de charge de travail, formation
- Obligation de rendre des comptes en ce qui a trait aux tâches multiples
- Responsabilité en ce qui a trait à la polyvalence
- Pas de fonds de développement pour le changement
- Les décisions sont politiques
- Budgétisation pour une seule année
- Changements structurels additionnels
- Soins non aigus (long terme, femmes)
- Signification et incidence de la régionalisation
- Évaluer et planifier de façon apolitique
- Rôle des milieux universitaires
- Maintenir et appliquer les normes déjà en place
- Plus de conseils régionaux responsables envers les communautés
- Préoccupation au sujet de la disparité des changements entre les régions
- Partage des fonds et prestation de tous les niveaux de soins

Question 5 : Équilibre entre le pouvoir et l'obligation de rendre des comptes

- Non!

• Industrie	• Médecins
• Régimes de médicaments	• Public
• Technologie	

- Réglementation gouvernementale
- Hausse des dépenses - deux fois dans la dernière décennie!
- La recherche doit demeurer dans le secteur public
- Projet de loi C-22 - le monopole des fabricants fait grimper davantage les coûts généraux

- Besoin d'une recherche sur le coût de remplacement des médicaments brevetés par des médicaments génériques
- Trop de pouvoirs laissés aux fabricants de médicaments brevetés
- Revenir à une protection de quatre ans
- Le gouvernement ne peut influencer l'industrie/les compagnies pharmaceutiques
- Appui canadien à une remise en équilibre
- Le gouvernement ne devrait pas céder aux pressions des compagnies (recherche et développement ou rien du tout)
- La publicité auprès des médecins influence les prescriptions

Freins et contrepoids

- Éducation du public par l'industrie
- S'assurer que les médecins fondent leurs prescriptions sur des données probantes
- Réglementation sur l'utilisation de modes de prescription
- Données probantes en matière de prescription
- Organisme mixte provincial-fédéral chargé de fournir de l'information sur les médicaments
  - efficience VS coût
- Contrôle des affirmations dans le marketing et la publicité
  - au moyen d'un code
- Quel est le moteur de cette poussée vers le changement
- Tenir compte des intérêts régionaux
- «Ardents défenseurs», sous forme de chercheurs/universitaires
- Certaines provinces ont un modèle positif/projets pilotes en matière de prix de référence
- On obtient une réaction positive
- Universalité des régimes de médicaments
- Une utilisation appropriée réduit les coûts
- L'industrie devrait faire partie du processus
- Éduquer le public sur ce qui se passe et sur les médicaments eux-mêmes
- Voir qui est propriétaire des compagnies de médicaments génériques
- La recherche sur la posologie devrait tenir compte des différences entre les sexes
- Technologie pour le dépistage
- Tolérance zéro pour la surconsommation

Groupe 6
Questions 1 à 5
Le samedi 20 avril 1996

Question 1 : Santé VS autres secteurs

- Les statistiques (1993) sont désuètes
- Les attentes du public concernant les politiques sociales sont peu élevées et continuent de diminuer
- Le mérite de l'élaboration d'objectifs de santé et de l'éloignement du modèle médical
  - contribue à la vision de responsabilité gouvernementale
- Inquiétudes au sujet des compressions aux transferts aux provinces en matière de santé
- Inquiétudes au sujet du niveau des dépenses - santé, aide sociale, etc.
- Nous n'avons vraiment pas cherché au-delà du système de soins de santé, en ce qui a trait à la répartition à d'autres secteurs
- Examen du Régime de pensions du Canada - autre occasion de compressions à la sécurité d'emploi en même temps qu'à la santé - incidences sur tous les groupes d'âge, particulièrement les plus vulnérables
- L'impact s'accentue aux divers stades de la vie
- Le financement du modèle médical est suffisant
- Le continuum maladie - mieux-être et changement souhaité - compressions - impact sérieux au sujet de ce qui est juste
- Possibilité de réduire les coûts attribuables à la maladie et de les diriger vers d'autres domaines
- Un point de vue : l'équilibre mutuel entre santé et autres secteurs n'est pas vraiment la question - la véritable question, c'est que tout le domaine de la politique sociale manque de financement
- Meilleur équilibre en ne sabrant pas dans les soins de santé, mais en se déplaçant vers la sécurité d'emploi à partir d'autres domaines de politique/autres domaines de l'économie sociale
- L'enjeu, c'est l'enveloppe - mais, à l'intérieur, il faut aussi chercher l'équilibre
- Il faut reconnaître que le haut niveau de la dette est un fardeau pour l'économie en général et la souplesse fiscale désirée
- Il faut aussi considérer les valeurs sous-jacentes à la politique sociale et aux autres domaines de politique - que faut-il délaisser
- Autre point de vue au sujet du bienfait des politiques (p. ex. baisse de taxes) : une société plus misérable pour certains
- La réduction du déficit ne doit pas se faire aux dépens des pauvres
- Ne voyons pas l'enjeu des investissements pour l'avenir, p. ex. développement économique communautaire
- Il faut séparer la politique économique de l'idéologie
- Taille du gâteau et comment le partager
  - où cela nous mène-t-il en tant que société? Assisterons-nous à la survivance du plus fort??
- Si nous ne l'acceptons pas, quoi faire alors?
- Santé Canada ne fait pas concurrence à la sécurité d'emploi et à l'éducation
  - si cette opinion prévaut, il y aura des problèmes - si l'enveloppe était plus grande, on pourrait chercher à faire l'équilibre

Messages clés

- Les soins de santé ne peuvent plus subir beaucoup de compressions
- Cela ne signifie pas qu'on n'a pas besoin de considérer une réaffectation des ressources dans les soins de santé, c.-à-d. donner une orientation plus sociale aux dépenses en matière de santé

- Nous n'acceptons pas l'argument voulant que la dette soit la justification de la restructuration des dépenses; nous assistons au retrait du gouvernement (part des $$ de santé dans l'économie totale)
- Objectifs = vision nécessaire
- Énoncé des objectifs sociaux pour aider à prendre les décisions en matière de répartition des ressources
- Il faut accepter la mondialisation et la possibilité de pertes d'emplois, à moins d'un «environnement» favorable dans le monde, mais c'est une question d'affaires VS politique sociale
  - les gouvernements n'excellent pas dans la création d'emplois
- Le budget fédéral doit refléter les déterminants de la santé
- On ne peut se permettre de ne pas investir au plan social

Question 2 : Principes/objectifs de la réaffectation des ressources en santé

- Résultats efficaces - est-ce qu'elle fonctionne?
- Principes de la *Loi canadienne sur la santé* - la base du système
- Il est nécessaire d'aborder les questions de transition
- Étudier l'utilisation par les consommateurs/demande incompatible; niveaux de rémunération des médecins; c.-à-d. domaines d'efficience possible : où et comment les $$ sont dépensés
- Il faut examiner les besoins/utilisation du système par les divers groupes de population
- Il faut de la planification pour assurer un système équilibré
- Il faut établir des objectifs/mesures à court et à long terme, ainsi qu'un plan
- Il faut examiner les valeurs originales de la *Loi canadienne sur la santé*, non seulement ses principes
- Les modèles de soins efficaces pour divers problèmes de santé ne sont pas nécessairement mieux fournis par un médecin - approche d'équipe - axés sur le client
- Étudier les coûts du virage vers les soins communautaires/à domicile - pas moins coûteux
- Il faut réexaminer ce que le système financé publiquement comprend (p. ex. les médicaments devaient y être inclus les prochains...)
- D'où viendra l'infrastructure pour les soins communautaires/à domicile - prenez-en note comme préoccupation (qu'est-ce qu'on entend par «communauté»?)
- Sur quel plan les fournisseurs officiels et non officiels de soins doivent-ils faire le lien?
- Comment pouvons-nous intégrer des incitations et des choix pour les consommateurs - ils ne participent pas souvent aux discussions au sujet du financement
- Il faut faire preuve d'initiative en matière de rationalisation de l'ensemble du système - communication à l'interne et réflexion au sujet de la coordination du système - éducation - côtés consommateur et fournisseur
- Notre système n'est pas axé sur les soins primaires et les clients - il pourrait en résulter un besoin diminué pour un niveau plus élevé de service
  - il faut aussi une plus grande assurance de la qualité
- Pressions/demande du public pour des services diagnostics
  - une éducation du consommateur et ses responsabilités sont nécessaires
- Il faut plus de contrôles pour l'utilisation des services - il faut offrir des incitations aux usagers, pour qu'ils consultent d'abord un praticien en soins primaires - responsabilité du gouvernement et des professionnels
- Pas de documentation concernant les consommateurs de la santé - libres d'aller et venir sans laisser de «traces»
- Domaines à améliorer :
  1) Soins à domicile : Pourquoi? Qualité de vie - ne pouvons nous diriger vers les soins de santé sans un appui adéquat

2) Soins primaires : Pourquoi? Le point de mire : questions de santé des populations - premier contact avec les déterminants de la santé et le traitement de prévention

- *Recherche de validation des données
- Problème avec la question - fondée sur les domaines de service traditionnels, p. ex. les soins primaires sont absents
- Nous voulons mettre davantage l'accent sur les équipes de fournisseurs au niveau des soins primaires - c.-à-d. il faut songer à un système restructuré
- S'agit-il de soins primaires ou, plus généralement, de soins de santé primaires - c.-à-d. développement communautaire
- Le rôle des aidants naturels (les familles) n'est pas reconnu
- Soins de répit, etc.
- La question dépasse la simple affectation de $$
- Il faut chercher des solutions de rechange à la structure actuelle (p. ex, hôpitaux extramuraux au N.-B., point d'entrée unique pour foyers d'accueil pour personnes âgées)
- Soins primaires multidisciplinaires, tels qu'un modèle de centre de santé communautaire
  - c.-à-d. plutôt les principes que cela laisse supposer
  - modèle de CLSC au Québec - c.-à-d. plutôt un modèle de «mieux-être»/dans certaines communautés, assure la survie économique aussi
  - modèle d'organisation communautaire de santé
- Il faudra faire preuve de créativité au sein du système actuel de financement fédéral
- Il faut éduquer les politiciens à l'effet que les soins primaires de santé et la promotion de la santé sont un investissement à long terme

Messages clés

- Opter pour les soins de santé primaires, mais il faut préciser la terminologie
  - c.-à-d. changement du rôle actuel des soins primaires et partage
  - c.-à-d. changement dans la nature des services - pas simplement l'affectation dans le système actuel
- Liens importants à l'échelle du continuum
  - y compris les soins «pré-primaires» et l'éducation en santé dans les écoles
- Il ne faut pas que ce soit un exercice d'économie de $$
- Il faudra faire des changements considérables, en ce qui a trait aux attentes des consommateurs et des fournisseurs

Question 3 : Système public-privé

Enjeux clés sur le plan de l'équilibre

Définitions de : Public-assuré/*Loi canadienne sur la santé*/Privé

- Rationalisation de la *Loi canadienne sur la santé* VS compressions des transferts - particulièrement aux provinces moins fortunées
- Rôles du secteur public VS privé
- Incidence sur le contrôle des coûts
- Meilleures possibilités du côté public
- Accès - p. ex. soins à domicile/coûts
- «Dé-nationalisation» des normes - avec le retrait du fédéral - plus grande incidence sur les provinces
- Qui s'occupera de l'exécution - surtout si les normes auront moins d'importance
  - on se contrôlera soi-même

- Pourquoi souhaiter encore plus de privatisation?
- Signe qu'on n'arrive plus à limiter les coûts
- Les contribuables paient deux fois
- Plus nous privatisons, plus il est difficile de faire marche arrière - ALÉNA - décision stratégique majeure
- Pouvons-nous nous permettre des soins de santé financés publiquement, mais ...
- Est-il possible de ne pas se le permettre - il faut se sensibiliser davantage à la direction que les $$ prennent et aux choix
- Combien de $$ voulons-nous dépenser et comment financer (taxes VS autres moyens)
- Un système privé/axé sur le marché tend à placer un plus lourd fardeau sur les pauvres
- Ne voulons pas adopter le système américain, mais remanions-nous le modèle canadien aux bons endroits
- On présuppose que la population veut passer au système privé - erreur
- La force motrice est la difficulté philosophique entre le fédéral et les provinces
- Les honoraires à l'acte sont aussi un facteur
- Il faut que le fédéral et les provinces tombent d'accord
- Les progrès scientifiques causent un laisser-aller et de l'injustice, p. ex. les coûts sont payés si le patient est hospitalisé, mais non s'il a reçu son congé
- Les paiements de transfert en santé ne sont pas les mêmes que dans d'autres domaines - le fédéral a une responsabilité en matière de santé
- Des choix difficiles s'imposent pour assurer la viabilité du système public - pressions de la nouvelle technologie et des nouveaux médicaments
- Problèmes de santé qui réapparaissent (p. ex. tuberculose)
- Déclin de l'activité physique, etc. - tendances à long terme pour lesquelles il faut aussi budgétiser
- Mettre encore plus d'accent sur les enfants
- Coûts les plus élevés au cours des derniers six mois
- Les gouvernements commencent à planifier en vue d'une population vieillissante
- Idéologie politique - nous sommes poussés vers une plus grande concurrence, un rôle gouvernemental décroissant, plus de responsabilité personnelle
- Privatisation - la prestation et/ou le paiement nous mènent au modèle américain
- Les soins de santé sont-ils une marchandise - au Canada, non; aux États-Unis, oui
- Préoccupation au sujet des problèmes aux États-Unis - système à trois niveaux
- Les soins de santé ne sont pas une marchandise; il n'est donc pas nécessaire de les restructurer selon le modèle de marché dirigé * un principe
- Force du système canadien - financé publiquement, mais prestation privée/sans but lucratif
- Les Canadiens sont une société plus compatissante (assurance-maladie et assurance-chômage) * il faut maintenir
- Les gens associent profitable à «privé», mais au Canada ça NE VEUT PAS DIRE à but lucratif * il faut que ce fait soit bien compris
- La santé n'est pas bien servie par le marché privé
  - c.-à-d. privé à but non lucratif - financement public et normes
- Si nous n'y allons pas avec soin dans nos réformes, il se peut qu'un secteur de la société fasse pression pour des services «à but lucratif»
- Un principe - système à but non lucratif/financement public et voilà sa force
- L'accent est tellement mis sur un budget équilibré aujourd'hui et on ne regarde pas assez vers l'avenir - c.-à-d. on met l'accent sur les principes d'affaires plutôt que sur l'économie générale, p. ex. compressions de fonds pour la santé mentale/hausse des coûts d'incarcération
- Coalition canadienne pour la santé - 10 objectifs (voir soumission)
  - p. ex. investir dans les aptitudes des fournisseurs de soins de santé

- Les gens qui peuvent se permettre de l'assurance privée
  - ceux/celles qui ont un emploi/qui sont financièrement à l'aise
  - qui refusent qu'on fasse des profits grâce à la maladie
- Il faut examiner les honoraires à l'acte versés aux médecins - et dans le contexte des rôles des autres fournisseurs - domaine sujet à réduction
- Certaines provinces ne croient pas aux principes de la *Loi canadienne sur la santé* (Alberta, Nouveau-Brunswick) - besoin d'une application fédérale/politique

Messages clés

- Privé ou public
  - privé ne veut pas dire «à but lucratif»
- Il faut que le fédéral et les provinces tombent d'accord
- Le fédéral a une responsabilité en matière de santé, bien qu'il ne fournisse pas les services
- Il faut une plus grande interaction entre les enveloppes des différents ministères
- La santé n'est pas une marchandise - il ne faut pas s'en remettre aux principes du marché
- Si le financement fédéral est réduit, l'enjeu est mis en cause
- La capacité de payer du gouvernement fédéral est en cause depuis l'introduction de l'assurance-maladie - il faut continuer de financer ce qui a été promis avec la *Loi canadienne sur la santé*
- Si le fédéral est coupable, les provinces le sont aussi - moins de $$ pour la santé et les autres établissements aussi - Existe-t-il un meilleur moyen?
  - pas le système américain
  - pas le modèle de marché dirigé
- Le problème est vraiment à caractère fiscal - le public et les fournisseurs ont chéri le système, mais, aujourd'hui ne peuvent plus le soutenir; donc :

1. Services/utilisation réduits *(option préférée)
2. Plus de $$ pour la santé
3. Participation d'une tierce partie au moyen de retenues/pro rata (*p. ex. option de rechange)

- Il faut «réglementer» le système public-privé, de façon à ne pas exercer d'autres pressions sur le système
  - le secteur privé est à but lucratif et laissera les services coûteux aux soins du secteur public - en se réservant ce qui coûte moins cher et rapporte une plus grande marge de profits
- Ce n'est pas un problème financier
  - il n'y a pas de déficit en Alberta
  - l'assurance-maladie n'est pas la cause de la dette/du déficit
- Quoi qu'il en soit, il y a moins de $$ - ce qui mène à du «rafistolage» pour trouver le juste niveau

Question 4 : Organisation des services
Principes des modèles européens applicables au Canada

Contexte

- Nous nous étions lancés tête première dans des stratégies de marché, mais nous revenons maintenant sur nos pas
- En outre, le niveau des dépenses sociales est plus élevé en Europe - il est donc impossible de comparer
- Au R.-U. - mentalité d'acheteur/fournisseur - une association communautaire serait peut-être capable d'intégrer cette notion
- Le financement pour les individus est administré par une organisation de fournisseurs
- Il faut définir «stratégies de marché dirigé»

- choix du consommateur
- concurrence entre les fournisseurs de soins pour le «client/consommateur»

- Certains veulent adopter des mots «en vogue» pour changer le financement
- Le principe (à l'intérieur d'un système financé publiquement) est que les $$ suivent le patient ou le client plutôt que les services
- Pour assurer la limite déjà imposée aux médecins - à qui on impose un plafond général de $$
- Différente approche - pratique enregistrée - restreint/décourage le recours à d'autres fournisseurs
  - choix effectif
  - ne s'applique pas à toutes les régions du pays
- On pourrait aussi recourir à des appels d'offres pour les services de laboratoire - ainsi, le choix des services du marché serait plus vaste
- On se demande si la preuve a été faite que les soins dirigés économisent des $$
- Que faut-il penser des autres options, p. ex. un système salarial
- Des principes possibles, mais pas ceux de l'Europe

Incidences de la régionalisation

- Nous n'avons accordé aucune attention à la conception de modèles
  - nous avons d'abord songé aux budgets et à la régie - sans objectifs précis quant à l'interaction patient-fournisseur
- Dans le cas des provinces qui ont laissé toutes les décisions aux régions - certaines anciennes bases de pouvoir ont été renforcées
- Il nous faut de larges indicateurs de performance et de l'état de santé
- Il faut porter attention aux services au niveau du patient et les corriger
- Force du système au niveau local et besoin de clarifier le rôle provincial - puis, mettre le niveau régional en place
- Il faut que les conseils régionaux de santé soient démocratiques, comptables et représentatifs
- Objectif du Nouveau-Brunswick - dépolitiser la santé - mais toutes les nominations sont dictées par le patronage
- Régionalisation du pouvoir central - non la décentralisation du pouvoir
- Possibilité d'améliorer le système - mais il faut éduquer le public
- La régionalisation - devait permettre le contrôle des dépenses et la prise de pouvoirs
- La clé est la philosophie accompagnant la régionalisation; principes/valeurs :
  - soins de santé primaires
  - axés sur le client
  - intégration
  - secteurs variés et larges (Services sociaux et correctionnels de l'Î.-P.-É.)
  - participation publique
  - collaboration interdisciplinaire
- La remise de pouvoirs aux régions a entraîné l'abrogation des responsabilités et une baisse du moral dans les petites régions/établissements - plus rien à dire au niveau local (problème plus accentué dans certaines provinces plus que dans d'autres)
  - Î.-P.-É. - expérience positive
  - on espère en arriver au point où les provinces décideront généralement quoi et les régions, comment
- La régionalisation veut-elle dire dévolution ou centralisation
  - il faut qu'elle se traduise par une dévolution pertinente, mais une certaine centralisation se produira

- Il a été difficile d'obtenir des $$ pour des soins de santé novateurs, les $$ étant emprisonnés dans les établissements
- Les conseils «élus» ont aussi créé du favoritisme - particulièrement en Saskatchewan où un tiers des membres sont des fournisseurs et où il y a moins d'intérêt public
  - la clé pour les provinces est de préciser les attentes
- Dévolution - un mur entre le politicien provincial et la communauté - plus près de chez soi ne signifie pas nécessairement plus démocratique

Messages clés

- Régionalisation - n'est pas une panacée
  - dépend de la philosophie et des objectifs
- La restructuration est dictée par des principes, non une structure de gestion
- La question clé est l'ajustement de la main-d'oeuvre
  - si perçu comme façon de réduire les salaires
- Principes et valeurs clés dans l'Î.-P.-É. - un système de croyance populaire est nécessaire au succès
- Les travailleurs doivent conserver leurs droits
- Décentraliser les enveloppes de financement

Question 5 : Produits pharmaceutiques

Une question d'équilibre entre le pouvoir et l'obligation de rendre des comptes

- Prescription erronée/exagérée de médicaments
- Les gouvernements sont seulement intéressés aux coûts et non à l'innocuité/qualité pour les consommateurs
- Une occasion d'avoir recours à des personnes objectives pour conseiller les médecins au sujet des prescriptions
- Prescription d'équivalents thérapeutiques - On peut tenir compte de l'innocuité et de l'efficience des catégories de médicaments et financer les médicaments de premier ordre - modèle de la C.-B.
- L'industrie pharmaceutique - non comptable
- La Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) - doit s'en remettre à l'industrie pour de l'information sur les produits
- Il faut donner au CEPMB* (autorise actuellement les médicaments brevetés) les pouvoirs lui permettant de mieux surveiller les médicaments brevetés et génériques et à maîtriser la hausse des prix
- Nouveaux médicaments - prix artificiellement élevés
- Les sources d'information dont disposent les médecins sont biaisées
- Le consommateur est mal informé
  - au sujet de l'usage approprié, etc.
- Il faut que les redevances soient reliées à la recherche
- Il faut pousser la recherche dans les domaines où le besoin est croissant, mais pas un facteur important en ce qui a trait aux possibilités de profits
- Nous préférons une stratégie de non-réglementation - donner aux compagnies pharmaceutiques la chance de faire concurrence et de baisser leurs prix
- Permet au gouvernement d'économiser des $$ et de financer ses propres ressources
- La protection par brevet pose toujours problème
- Certains aspects positifs :
  - de bons médicaments/dont on a besoin, mais le coût pose un problème

- Les compagnies pharmaceutiques pressentent les communautés en vue de projets - cela crée des conflits d'éthique pour les communautés
- Des problèmes/conflits d'intérêt se présentent aussi lorsque les compagnies entreprennent la gestion de régimes de médicaments
- Questions du caractère confidentiel de l'information sur les régimes de médicaments
- Tout cela revient au besoin de systèmes de gestion adéquats pour les patients car, autrement, les compagnies pharmaceutiques finiraient par devenir propriétaires des organisations de soins de santé primaires et les médecins finiraient par travailler pour ces compagnies
- Ne pas oublier les avantages/le rapport coûts-avantages de nombreux médicaments
- Questions au sujet du temps/éducation quant aux réactions devant les plaintes vagues des patients - ne pas sauter immédiatement à la prescription

Messages clés

- Question d'éthique au sujet de la commandite
- Usage
- Coût - solution - réglementation - CEPMB
  - non réglementation - prescriptions thérapeutiques
  - système restructuré
- Recherche
- Problème de protection du brevet
- L'éducation des médecins et des patients
- Économies offertes par certains médicaments

Groupe 7
Question 6 : Déterminants de la santé
Le samedi 20 avril 1996

Question 6 : Qu'est-ce qui vous vient à l'esprit quand on parle d'une approche fondée sur les «déterminants de la santé»? Qu'entrevoyez-vous dans dix ans?

- Un écroulement de la suprématie professionnelle dans les services et la prestation
- Avec la participation des églises
- 10 % de la population fume
- Tous nos enfants se sentent aimés
- Différente structure de paiement pour les médecins
- Aucun enfant n'a faim
- Les gens ont plus de contrôle sur leur propre santé, y compris sur la mort et les derniers moments de la vie
- Tous les gens font un travail qu'ils aiment
- Plus grande sensibilisation aux moyens de rester en santé
- Programmes sociaux à l'appui de la sécurité du revenu - pas seulement des $$, mais aussi du logement, transport, ...
- Consommation diminuée de drogues/médicaments
- Plus d'estime de soi
- Les écoles sont des centres de développement communautaire interdisciplinaire/font partie du système
- Il y aura des emplois «intermédiaires» pour les jeunes et les retraités - le concept de carrière a changé
- Tout le monde sera engagé dans un emploi/activité, pertinent ou non
- Les gens ayant un problème sont traités avec dignité
- Moins de recours au système de soins aigus
- Surmonter la crainte de perdre le système de soins de santé
- Moins de personnes vivant dans la rue
- Environnement plus propre/plus sécuritaire
- Environnement actif
- Santé équitable - les personnes aux prises avec le sida et autres maladies
- Les Canadiens accordent une plus haute importance à la coopération et à la responsabilité communautaire qu'à la concurrence économique
- En l'an 2006, la communauté traitera les gens avec dignité/équité - appui communautaire
- Tous les aînés sentent utiles et appréciés, comprennent ce qui se passe et sont engagés
- Quel est le rôle des gouvernements?
  - établir des politiques
  - partenaires dans la prestation
- Les alliances stratégiques donnent des résultats
- Il existe une politique sociale sur les mourants/le vieillissement
- Pas d'âge de retraite obligatoire
- Les gouvernements nationaux ont plus grand contrôle sur l'économie globale
- Plus grande coordination entre la santé et la politique économique
- Système d'information bien conçu, comprenant les déterminants de la santé
- La TPS est supprimée des réseaux de communication sur l'environnement de la santé, p. ex. la SRC/CBC continue d'exister pour soutenir la culture
- Les politiques sont justes - questions d'accès aux soins/services qui exigeront un virage économique

majeur

- Baisse du taux des suicides
- Base de recherche présentant un bon rapport coût-efficacité à l'appui de la prise de décisions touchant les politiques
- Déclin de la violence familiale
- Assurer aux aînés l'égalité d'accès aux soins de santé
- «*Better babies*» - soins prénataux assurant la meilleure santé possible des bébés
- Éviter d'appuyer des industries qui n'appuient pas la santé
- Le tabac n'est pas disponible
- Espaces verts (naturels) - souci de l'environnement
- Disponibilité d'un outil ou processus d'évaluation de l'incidence sur la santé/s'appuyant largement sur les «déterminants de la santé», l'environnement (p. ex. modèle de la C.-B.)
- Le Canada a créé un modèle pour les autres pays/ne pas exporter le problème
- Meilleure économie et niveaux d'éducation accrus
- Appui aux enfants de 0-5 ans, bébés plus en santé, programmes pré-scolaires, transition à l'école, apprentissage pour la vie
- Programme scolaire obligatoire sur la nutrition/condition physique/santé
- Environnement sain à l'école et en milieu de travail
- Compréhension entre cultures - vivre plus harmonieusement ensemble
- Politiques de travail axées sur la famille
- Environnement de travail qui stimule l'estime de soi
- Structures de réaménagement de la main-d'oeuvre qui aident les gens à s'adapter aux changements d'emploi
- Gouvernement axé sur le consensus - démocratique
- Programmes d'épanouissement personnel aidant les gens à s'épanouir et à contribuer à la société
- Il faut que le système d'éducation change pour enseigner de nouveaux modèles aux enfants : démocratie
- Déterminants de la santé selon le sexe
- Environnements ruraux VS urbains - accès aux déterminants de la santé, non seulement au système de soins de santé
- Promouvoir la résilience des individus/de la famille/de la communauté
- Le régime de pensions enraye la pauvreté
- Services aux patients en santé mentale pour qu'ils puissent vivre dans la communauté
- Une approche de la santé moins axée sur la «maladie du mois»
- Moins de viande - revenir à une approche plus fondamentale à l'alimentation/approche naturelle
- Transport d'aliments vers les communautés nordiques - produire plus près de ces communautés
- Politique globale sur l'innocuité des aliments
- Résolution des questions de juridiction pour les Premières Nations - autonomie gouvernementale

Priorités

- Aborder les attitudes établies au sujet de la dépendance et de l'interdépendance dans la société
- Examiner, dans le système de soins de santé, les éléments favorables à l'approche des déterminants de la santé et ceux qui y font obstacle
- Voir quelle partie du système est prête au changement et faire fond sur le succès
- Arrêter la recherche/étudier et mettre en oeuvre les connaissances actuelles
- Le Forum national sur la santé doit élaborer le plan de mise en oeuvre
- Le Forum national sur la santé doit recommander un processus de changement - mettre l'accent sur les outils de changement
    - p. ex. - évaluation de l'impact sur la santé

- défenseur de la santé
- qui sont les intervenants clés

- Qu'est-ce que le Forum national sur la santé peut recommander (2-3 priorités) : en matière de politiques, priorités, partenariats
  - liste de Louise Nadeau
    - financière/fiscale
    - prévention/promotion
    - données probantes

Obstacles

- Des médecins occupent des postes gouvernementaux clés
- Groupes d'intérêts spéciaux/groupes de pression
- L'approche silo/en isolement
- Compréhension du concept de santé globale par le public
- Le système est pris en otage par des groupes de pression
- «Puissance» des groupes d'intérêt

Possibilités

- «Les déterminants de la santé» sont intégrés dans la définition de santé
- Les restrictions financières sont tellement imposantes qu'on est obligés de penser différemment, de ne pas plier aux groupes de pression
- Les efforts de promotion de la santé font défaut
- Une base de recherche pour les déterminants de la santé est maintenant disponible
- Il faut que le Forum national sur la santé donne l'exemple quant aux déterminants de la santé - les examiner et faire rapport sur le financement des systèmes officiels et non officiels qui encourageront la santé (santé publique), p. ex. recommandations sur le financement de la recherche, référence au rapport du Sénat
- Le Forum national sur la santé doit examiner le système de la Suède, qui appuie ses décisions sur des données probantes pour financer le système du ministère de la Santé - sexe, revenu, critères de financement
- Financement
- Intégrer le facteur «santé» à la prise de décisions dans d'autres domaines de compétence - influence de l'éducation/ne pas en prendre le contrôle
- Financement de la recherche - profiter de l'élan de l'appui du Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS) pour la recherche sur la santé de la population
- Centres de recherche sur la promotion de la santé
- Intégration de concepts «santé de la population» et «promotion de la santé», p. ex. trois conférences
- La promotion de la santé est «la réponse aux problèmes de tout le monde» - ses paramètres sont trop généraux
- Les déterminants de la santé placent des limites à cet effet - difficultés créées pour la recherche
- L'approche/modèle du développement communautaire est la «semence» qui encourage les communautés à prendre soin de leur santé
- Il faut un système d'information sur la santé pour aider à la prise de décisions - il faut plus de recherche
- Il faut des mesures et une intégration de la part des intervenants clés, ainsi que accès/utilisation
- Le Forum national sur la santé doit recommander que le ministre de la Santé travaille avec le Conseil des ministres de l'Éducation en utilisant les mécanismes en place - santé scolaire globale
- Les gouvernements doivent créer les mécanismes/outils appropriés pour évaluer les services d'affectation des ressources

- équité
- définition des services de base

- Le Forum national sur la santé doit recommander des façons d'améliorer la prise de décisions

Priorités

- Au niveau des investissements, la priorité devrait aller aux programmes pour enfants et pour la jeunesse; l'enfance en tant que groupe
  - les enfants à risques et l'appui à la famille
- Travail/emploi - politiques axées sur la famille - partage de l'emploi
- Continuer de fournir des services de soins de santé aux aînés qui en ont besoin (mise en garde)
- Qui doit s'engager? Partenariats - Multi-sectoriel
- Définir ce que nous pouvons/désirons accomplir collectivement et que nous ne pouvons réaliser individuellement
- Tenir compte de l'époque de compressions économiques; notre capacité de contribuer peut être diminuée/difficile - protectionnisme
- Regarder du côté où des succès ont été réalisés
- Définir les critères de partenariats légitimes fondés sur des valeurs
- Les partenariats ne sont qu'une seule façon de respecter les priorités
- Quelles sont les façons de respecter les priorités?
- Les partenariats en sont une - quelles sont les autres?
- Il faut que des partenariats soient en place au niveau communautaire - de même qu'une coopération interministérielle, pour qu'il y ait intervention à l'échelon local
- Il faut de la volonté politique/de l'engagement aux divers niveaux de gouvernement
- Créer des structures/mécanismes financiers et des incitations/mécanismes pour travailler ensemble - recommandation du Forum national sur la santé
- Mandat :
  - argent - incitations, déplacements
  - temps - fait partie de la description de tâches
- Il faut que les incitations soient assez fortes pour donner des résultats, p. ex. priorités en recherche
- Les partenariats poussent la communication - discussion des rôles, des suppositions
- Il faut des conditions préalables pour assurer le fonctionnement des partenariats
- Il faut travailler/étudier les rapports pour que les partenariats donnent des résultats. Les intervenants doivent avoir de l'importance, un droit de parole, etc.

Groupe 8
Question 6 : Déterminants de la santé
Le samedi 20 avril 1996

Question 6 : Déterminants de la santé

- Les facteurs qui ont une incidence sur notre santé
- La majorité des déterminants se trouvent à l'extérieur du «système de soins de la maladie»
  - p. ex. logement, culture, réseaux de soutien
- Il faut que les personnes à l'extérieur du système de soins de santé deviennent engagées
- Causalité, «déterminant» est un terme chargé d'émotions
- Nous possédons les données probantes maintenant, les résultats de la recherche sont disponibles - il faut les intégrer aux politiques
- Nous voulons combattre en première ligne les causes de mauvaise santé
- La recherche du Forum couvre un large éventail
- Nous aurons toujours besoin des soins de santé
- La «santé» n'est pas uniforme à l'échelle de la société
- Il faut des solutions intégrées et ne pas créer des problèmes en portant notre attention sur d'autres
- Le public doit réfléchir sur ce qui nous garde en santé
- Certains secteurs de la population sont plus exposés (ou croient l'être)
- Un emploi convenable, ... c'est important
- Crainte de perdre les soins/services au moment où on en aura besoin
- Comment définir communauté
- Il est frustrant de voir le manque d'action, compte tenu de la recherche
- Le secteur de la santé doit s'extérioriser et fonctionner avec les autres intervenants
- Les budgets sont traditionnellement séparés, ce qui fait qu'il est difficile d'obtenir un financement pour les déterminants importants
  - p. ex. le transport vers des services d'alimentation à prix abordable
- Les partenariats sont une composante critique du processus
- Nous vivons à une époque mouvementée
- Cherchons les histoires à succès
- Le climat de changement peut offrir des possibilités
- Notre cible est-elle une politique ou l'action?

Portée de l'action

- Laisser la responsabilité à d'autres/isolement
  - qui est responsable
- La politique est un moyen d'action
  - p. ex. politiques publiques tenant compte du facteur santé
- Relier les déterminants et l'action sous d'autres noms et dans d'autres secteurs
- Nous avons beaucoup accompli - il faut construire sur cette base
  - les enfants ont besoin de logements, éducation, santé,...
- Le travail multisectoriel est difficile
- Un programme national offrant plus que des promesses
  - p. ex. il faut des cibles et des plans d'action concrète dans tous les secteurs/ministères
- Il faut s'attaquer aux problèmes systémiques
- Il faut pouvoir tenir les gouvernements responsables

- Responsables de quoi?
- Il faut faire ce qui aura vraiment pour effet d'améliorer la santé et le mieux-être
- Les priorités du système ne sont pas bien établies/évaluées
- Les déterminants sont un point de départ pour l'évaluation de l'incidence sur la santé
- Les déterminants par d'autres noms
- Il faut évaluer la portée des politiques d'autres secteurs sur la santé
- Il faut encourager la compréhension du lien entre la santé et l'activité
- Il faut un processus dynamique* et une approche souple (reconnaître les erreurs)
- Évaluer.....évaluer....
- Les déterminants ne sont pas distincts mais reliés et ils font partie d'un continuum
- Souplesse* et collaboration entre les secteurs
- Encadrer le tout dans des termes soutenables
- Avoir le courage de placer les besoins des citoyens avant tout
- Il faut du leadership pour produire de l'action
- «L'argent mène le monde» - relier les fonds aux initiatives de collaboration entre secteurs
- Partenariats multiples - gouvernement/affaires, gouvernement/ONG, affaires/ONG
- L'affectation des ressources est ce qu'il y a de plus difficile (déplacer les $$ = déplacer les emplois)
- Explorer l'incidence, sur les résultats, de l'investissement dans un domaine/besoins des autres domaines
- Nous mettons en question l'idée qu'il n'y a pas suffisamment d'argent - il faut plutôt se tourner vers les responsables de décisions

Quelles sont les véritables répercussions de l'adoption d'une approche fondées sur les déterminants de la santé? Quelles sont les répercussions de la non-adoption d'une approche fondées sur les déterminants de la santé?
Quelles populations? Quels déterminants? D'où viennent les fonds?

- Il y aura toujours des malades et le système doit être là pour les gens, mais les dividendes du système de soins de santé diminuent
- Ce n'est pas une alternative
  - pourquoi - il pourrait y avoir une certaine réaffectation des ressources
- Il faut une réaffectation à l'intérieur du système et entre les systèmes d'une façon intégrée/coordonnée
  - hôpital - soins à domicile
- Les valeurs offrent un contexte *
- Les valeurs sont un facteur de changement
- Nous croyons toujours en un système de soins de la maladie
- Il faut des données probantes de ce qu'il y a lieu de faire, tant dans le système des soins de santé que dans les autres secteurs
- Les sources de financement dépendent des besoins locaux/régionaux et de l'affectation actuelle des ressources
- La santé et l'éducation sont inextricablement liées
- Il faut cibler l'ensemble de la population - les gens les plus exposés au risque en profiteront le plus
- Approche du cycle de vie - un bon départ dans la vie est durable
- Si les $$ sont limités, faut-il cibler les personnes à risque
- Équité = égalité
- On atteint l'équité par une approche proportionnelle
- Investir dans la génération qui suit
- L'eau, le logement et le développement de la petite enfance sont la clé de l'approche sud-africaine

- Pas de garanties, mais voulons un programme d'intervention commun contre les risques
- Les priorités locales sont la clé des décisions en matière d'affectation des ressources
- Une approche graduelle est plus réaliste
- Intégrer l'approche des déterminants dans les autres programmes en vigueur

Priorités?

Groupes à risque

L'équité est la valeur utilisée pour guider l'affectation des ressources et l'établissement des priorités

- Enfance et jeunesse
- Populations autochtones
- Malades mentaux/handicapés au plan psychiatrique
- Gens au travail - utilisés à l'excès/sous-employés
- Personnes âgées
- Bas salariés
- Population généralement à risque
- Le fait de «cibler» des groupes nuit-il à une approche intégrée
- Les déterminants doivent-ils être le point de mire, plutôt que les populations
  - p. ex. appuis sociaux
- Les familles/communautés sont-elles exposées au risque?
- L'équité laisse supposer que les personnes les plus à risque reçoivent plus d'attention
- L'importance du développement d'enfants en santé n'est plus à démontrer, mais les besoins des enfants sont-ils ainsi confrontés à ceux des aînés
- Que faire des individus qui n'apprécient pas la santé
- Attitudes : clés de l'action
  - «Comment amener les gens à prendre part à l'action» - incitations
- Une prévention de premier ordre
- Presque tout le monde veut être en santé, mais l'éducation en matière de santé en vue de prévenir des problèmes n'est souvent pas une priorité aujourd'hui (logement sécuritaire, etc. peut-être)
- Perspective holistique
- Où faut-il affecter les $$ pour qu'ils aient le plus d'influence

Comment créer les conditions propices à la santé

- Faire des écoles une ressource communautaire
- Instituer la retraite différée
- Accroître le partage de l'emploi
- Accroître le rôle des travailleurs dans les décisions touchant l'emploi
- Faciliter l'accès aux services
  - p. ex. transport
- Intégrer le facteur «santé» dans tous les programmes (comment les efforts amélioreront la santé)
- Supprimer/minimiser les «ismes» dans langage/action/culture; p. ex. racisme
- Promouvoir le recours à des éducateurs de la prime enfance
  - jardins d'enfants
- Accroître la responsabilité communautaire
  - participation non parentale aux conseils scolaires
- Supprimer les obstacles à la participation communautaire - accroître l'esprit de civisme
- Faire participer les enfants et les jeunes à l'action communautaire
- Faire participer les personnes âgées
- Récompenser les initiatives de promotion de la santé

- Reconnaissance
- Il faut obtenir la collaboration des médias pour aider à changer les attitudes
- Reconnaître/promouvoir l'esprit civique en milieu de travail
- Assurer la sécurité de l'environnement

Changements

- Éliminer les solutions de rechange dans le financement gouvernemental pour offrir un soutien et favoriser l'amélioration
  - garderies, bonifications, transition
- Faciliter un changement graduel
- Politiques de travail permettant de passer plus de temps avec les enfants, autres membres de la famille dans le besoin - appui, souplesse à l'égard des responsabilités familiales
- Congé de maternité bonifié/plus long (et plus de souplesse dans les arrangements de travail)
- Moins de réglementation gouvernementale, mais plus de leadership du gouvernement, et plus de responsabilité de la part du secteur ouvrier et de celui des affaires
- Garderies en milieu de travail
- Réexaminer le rôle du congé de maladie
- Réexaminer la semaine de travail
- Engagement personnel dans les décisions communautaires
- Promouvoir l'intégration de l'emploi et de l'école
  - p. ex. plus d'acquisition des aptitudes/besoins reliés à l'emploi
- Mettre l'accent sur les points de transition dans la vie (spécialement aux fins de réaffectation)
- Élargir la définition du travail et reconnaître la valeur et le produit de tous genres de travail
  - p. ex. bénévolat, travaux ménagers, garde d'enfants, travail rémunéré)
- Horaires de travail souples
  - p. ex. une semaine de 40 heures/50 semaines/30 ans n'est pas la seule solution constructive au travail
- Plus grande souplesse tout au cours de la carrière
- Leçon à tirer de la compression des effectifs
- Des comparaisons avec d'autres sont importantes pour établir le contexte
  - p. ex. nous avons un bon système de soins de santé
- Appui de base au rôle des parents (validation, rapport).
- Promouvoir l'éducation/les écoles comme élément de la communauté/expérience de vie
- Favoriser l'autonomie/la participation active/le développement des enfants
  - p. ex. il ne suffit pas de «prendre soin» des enfants
- Le soin des enfants commence dès la conception et les programmes doivent être conçus en conséquence
  - p. ex. alimentation pendant la grossesse
- Appui au développement dès la petite enfance
- Plus grande intégration/appui aux familles avec enfants ayant un handicap
- Soin des enfants après les classes
- Plus de souplesse et plus grande intégration du travail des parents et des besoins familiaux
- Plus grande prévention des blessures
  - p. ex. plus grande intégration de la RCR au travail des parents - p. ex. cours de RCR au travail
- Éducation parentale
  - p. ex. RCR
- Éducation communautaire (signaux d'arrêt)
- Enseigner les aptitudes parentales aux hommes et aux femmes (extinction de la famille élargie)
- Rôle des systèmes officiels?

- Il faut accroître le rôle et la capacité des communautés
- Il faut créer des occasions de changement pour tous les partenaires
- Encourager les parents à exercer leur rôle avec autorité et démocratie
- Certaines communautés ont plus besoin d'aide que d'autres - le système officiel doit offrir de l'appui et favoriser l'accroissement des capacités
    - p. ex. appui financier régional aux bénévoles à Halifax
- Les besoins en matière de ressources/appui peuvent varier selon la localité/communauté
- La définition communautaire des besoins n'est pas reconnue pour son appui aux groupes désavantagés
- Établir un contexte/des normes nationales pour l'évaluation des besoins locaux
- Danger de viser des goupes particuliers : ce ne sont pas toujours les bons groupes qui sont ciblés

Intervenants clés

- Gouvernements F-P-T : politiciens, fonctionnaires
    - santé, éducation, logement, environnement, développement économique, services sociaux communautaires
- O.N.G.
- Syndicats/employeurs
- Système d'éducation
- Financement communautaire
    - p. ex. Centraide
- La population
- Organisations religieuses
    - p. ex. communautés culturelles - juive, grecque, autochtone
- Les médias
- Le milieu des affaires
- Intervenants/fournisseurs de services/utilisateurs/consommateurs
- Médecins de famille

Changement de rôles

- Moins de prestation de services par les gouvernements et unrôle accru sur le plan des politiques, du leadership, de la réglementation et de l'exécution de la loi
- Il faut que les autres intervenants soient fixés sur le rôle du gouvernement
- Moins de concurrence et plus de collaboration entre les secteurs/partenaires
- Maintenir et encourager le partenariat avec la communauté/les consommateurs
- Une consultation plus authentique, qui exige beaucoup de temps
- Le gouvernement doit prendre la contribution communautaire plus au sérieux
- Il faut surmonter le malaise dans les attitudes/la frustration dans certains domaines
- Définir les résultats, mener une évaluation et intégrer l'obligation de rendre des comptes
- Collaboration non partisane à la Chambre des communes
- Le secteur des affaires doit être comptable au gouvernement et à la communauté
- Meilleure identification des besoins dans un premier temps, suivie de la conception de programmes en collaboration

Succès

- Moins de hiérarchie- plus d'égalité dans la contribution
    - p. ex. plus de consultation, l'information circule librement
- Libre circulation de l'information et systèmes d'information à cet effet

- Plus grande obligation de rendre des comptes de la part du monde des affaires au gouvernement et à la communauté
- Plus grande intégration
- Plus de souplesse
- Intégrer des éléments gages de succès aux programmes, politiques, projets sur lesquels fonder l'évaluation
- Fournir une meilleure information au public afin d'éviter de trop grandes attentes
- Ne pas mettre l'accent sur la réparation, mais sur la prévention
- Aller au-delà du système de soins de santé
- Pas de chevauchement
- Efforts combinés
- Moins d'hostilité entre groupes/ministères grâce à de véritables partenariats (collaboration défensive/préventive) et de meilleurs leaders/leadership (ouverts, collaborent, style démocratique)
- Modèles de partenariats

La famille aux prises avec le changement

- Fournir aux familles de l'information sur les choix, pour leur permettre de prendre des décisions éclairées sur la façon de dépenser leurs $$ pour obtenir le meilleur appui
- Intervention en cas de crise
- Prévenir de telles crises par de meilleures politiques/décisions sur les services
- Il faut aussi avoir accès aux ressources à l'extérieur du système officiel
- Profiter de l'expérience de ceux qui ont réussi à surmonter les situations de stress (recherche)
- Accentuer les forces des personnes et les succès qu'elles ont connus
- Bonne planification au préalable pour prévenir les problèmes
  - p. ex. pour un séjour à l'hôpital
- Services d'intervention en cas de crise accessibles au moment opportun
- Les générations précédentes ont vécu des changements majeurs et pourraient offrir des leçons et des aptitudes en «survie»
- Une recherche pour mesurer les aptitudes d'adaptation
- Conception de politiques et de programmes fondée sur des données probantes

Groupe 9
Questions 7-8-9
Le samedi 20 avril 1996

Question 7.1 : Prise de décisions fondées sur des données probantes (PDFDP) - Vision de l'avenir

- Les ministères seraient intégrés
  - c.-à-d. Santé, Éducation, Services sociaux
- Systèmes d'information intégrés
- Plus d'uniformité entre les services de santé et les services de soins de santé
- Plus au courant des ressources disponibles
- Étudier la véritable qualité des résultats en matière de santé
- La prestation des soins sera fondée sur les résultats en matière de santé
- Composante de recherche et d'évaluation renforcée à tous les niveaux
- L'évaluation de politiques devient routinière
- La recherche reflète le travail des chercheurs professionnels et communautaires
- Accès aux données probantes
- Processus tenant compte du manque de données probantes
- Lorsque les données probantes fons défaut, les ressources sont clairement identifiées
- Les patients/clients voudront savoir quelles sont les données probantes
- Le consommateur en tant que membre d'équipe - même accès
- Les résultats sont présentés de façon claire et utile
- Plus économiques
- Élément d'action pour chaque projet de recherche
- Moins de lits pour soins aigus
- Les services de santé/soins de santé seraient aux niveaux communautaires et intersectoriels
- La culture valoriserait une approche holistique
- Valoriser la réaction de l'industrie/de la communauté
- Les décideurs sont aux prises avec une culture de contrainte
- Absence d'équation entre qualité des soins de santé et santé et nombre de lits
- Algorithmes au niveau des fournisseurs
- Diminution incroyable du nombre de professionnels des soins de santé
- Encourager la façon traditionnelle de faire les choses - décourager les innovations
- Accélération des processus - plus de souplesse et de fluidité
- Sensibilisation aux limites des données probantes - chercher des solutions de rechange pour améliorer, non remplacer la PDFDP
- Danger de perdre les valeurs de la culture actuelle, c.-à.d. le facteur humain
- Rôle de la préférence et du choix du patient - mettre en question la valeur
- La PDFDP permet au gouvernement et aux gestionnaires de prendre de meilleures décisions
- On pourrait oublier comment on en est arrivé là
- Il pourrait en résulter qu'on ne considère que les fins, sans se préoccuper des moyens
- Prendre en considération les autres répercussions de la politique sectorielle sur la santé
- Changement des aspects légaux - de fondés sur des précédents à fondés sur des données probantes
- Changement dans l'affectation des fonds, de la santé à d'autres ministères
- Un processus difficile à mettre en oeuvre
  - beaucoup de résistance

- Dans le moment, différents détenteurs de pouvoirs - écart entre ceux qui possèdent l'information et ceux qui en sont privés
- Il pourrait être plus difficile de critiquer
- Les débats entre politiciens seraient fondés sur des données probantes
- Niveau micro - l'information serait plus facile à consulter
- Une certaine synthèse ascendante est disponible pour ce qui précède

Thèmes

1. Collaboration intersectorielle
2. Accès à l'information
   - sensibilisation de l'utilisateur
3. Génération de l'information
   - recherche, données probantes, résultats
4. Processus de changement
   - sensibilisation du consommateur
5. Amélioration anticipée du(des) résultat(s)?
6. Affectation des ressources

Discussion des messages clés associés aux thèmes

1. Collaboration intersectorielle
   a) Il est absolument essentiel qu'il y ait une collaboration intersectorielle à tous les niveaux de compétences - fédéral, provincial, municipal, professionnel, communautaire, public
   b) Nous travaillons vers une vision commune/objectif commun à l'aide d'un langage commun
2. Accès à l'information
   a) Tous les intervenants respectent toutes les façons d'apprendre
   b) La culture de PDFDP fait état des besoins de diversité dans la présentation de données probantes
   c) La culture d'information est ouverte, accessible, intelligible et transparente
3. Génération de l'information
   a) L'information doit être comprise de TOUS et englober l'information descriptive et statistique
   b) La génération de l'information fait partie intégrante du système de santé (systématique) et est acceptée comme telle
   c) Il y a uniformité, comparabilité - tant au niveau du processus que de celui des résultats - des données probantes disponibles et utilisées pour l'ensemble des populations - «pommes avec pommes». Les méthodologies de validation et de synthèse sont sensibles aux cultures des populations respectives
   d) La génération de l'information doit inclure tout le monde, et ne pas être réservée à quelques-uns seulement
   e) Inventer de nouvelles méthodologies créant un meilleur lien entre la génération d'information et son utilisation
4. Processus de changement
   a) Éducation requise à tous les niveaux
   b) Crainte de la perte...
      - emplois
      - profession - professionnels de la santé
      - contrôle - médecins
   c) Il faut...
      - inclusion
      - valorisation des ressources humaines - ressources comprises dans les stratégies de changement
   d) Mettre l'accent sur les intérêts collectifs, non individuels

e) Inclure la maladie comme faisant partie de la santé
f) Qu'est-ce que la santé? - Définir

5. Changement de l'information
   a) Il y aura une plus grande transparence dans le système aux fins de divulgation
   b) Le pouvoir se déplacera de la situation à l'information
   c) Les facteurs institutionnels, culturels, légaux, et ressources auront un rôle à jouer
6. Amélioration anticipée des résultats
   a) Au fur et à mesure que se produira le changement vers la PDFDP, il faudra en reconnaître les limites et admettre que ce n'est pas une panacée
7. Affectation des ressources
   a) Accroître le partage des ressources au-delà des frontières traditionnelles

Question 8.1 : Qu'entend-on par données probantes?

Messages clés

a) Qu'est-ce qu'une «bonne» donnée probante?
- outils de recherche traditionnels valides
- tient compte de l'expérience
- suppositions clairement articulées
- valide - pertinente et précise
- doit être mesurable
- les résultats peuvent être reliés à l'action directement et/ou par association
- les données probantes ne sont pas toujours probantes
- clairement énoncées et intelligibles
- les données probantes peuvent être reproduites
- quantitative et qualitative
- doit être impartiale
- doit être accompagnée de ses limites
- observations des tendances
- on peut recueillir des données probantes à l'extérieur des essais cliniques/contrôlées au hasard
- classification des données probantes, mesurées, en tenant compte de la méthode de collecte
- s'efforcer d'améliorer la qualité des données probantes
- construire des modèles/cadres pour valider les sources non traditionnelles ou antérieures de données probantes
- distinction entre information et données probantes
- à quel moment l'information devient-elle une donnée probante?
- aspect important des données probantes - les appliquer à l'endroit et au moment/situation opportuns
- les données probantes deviennent de l'information lorsqu'on les utilise
- les données probantes sont un des outils de la prise de décisions

Question 8.2

- Il faut mettre les nouvelles technologies à l'essai aussitôt que possible
- Il faut tenir compte du rapport coût-avantages de la nouvelle technologie
- Définition élargie de «coût» - pas seulement une question d'argent
- L'évaluation de la qualité de vie est importante

- Dans les situations particulières où la mort est l'alternative - il faut songer à des approches expérimentales
- Il faut évaluer les nouvelles politiques/structures avant de les mettre en oeuvre

Question 8.3

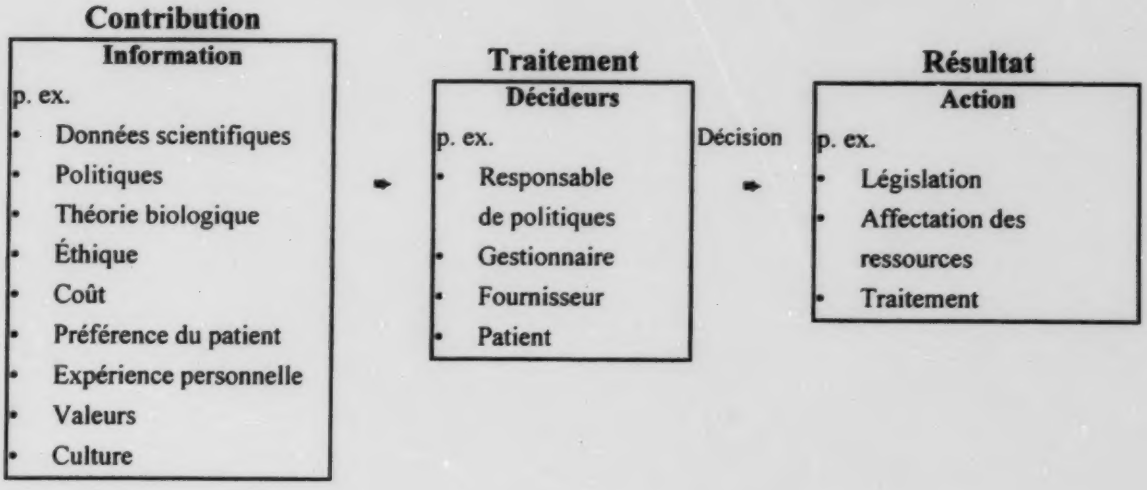
- «La vérité est la vérité»
- Comment quantifier la spiritualité?
- L'évaluation des pratiques des diverses cultures doit refléter leurs valeurs
- Une réglementation est souhaitable, particulièrement lorsque les pratiques en question comportent un élément de risque
- Existe-t-il des moyens, autre que la réglementation, de prévenir les pratiques/politiques comportant un élément de risque

Question 8.4

Partie 1 : Leur laisser la décision

a) Tous devraient pouvoir décider eux-mêmes comment répondre à leurs besoins en matière de santé
b) On ne peut rejeter catégoriquement les thérapies et traitements nouveaux/non-occidentaux; ils doivent pouvoir faire l'objet d'une évaluation objective
c) Il faut assurer l'équité - la question est très complexe

«Prise de décisions fondées sur l'information»



Groupe 10
Questions : 7-8-9
Le samedi 20 avril 1996

Culture de prise de décisions fondées sur des données probantes (PDFDP)

- Le système fonctionnerait au moyen d'ordinateurs - la conception poserait des problèmes
  - p. ex. le tabagisme
- La définition de PDFDP devrait comprendre de l'information sur la situation personnelle - doit être transparente, pour être généralement comprise
  - p. ex. la fluoration - il y avait beaucoup de controverse malgré les données probantes - Comment faire accepter que les données probantes justifient de passer à l'action
- Questions de qualité de vie - p. ex. le tabagisme - J'en ai un certain contrôle VS autres facteurs - décisions fondées sur la situation personnelle

Question 7

- Données probantes :
  - niveaux multiples et variés - plus que des essais aléatoires
- Données probantes (y compris santé et soins de santé)
  - quel est le niveau de données probantes disponibles pour une situation/contexte donnés?
  - il faut aussi tenir compte de la valeur du résultat des données probantes - p. ex. évaluer une pharmacothérapie VS un traitement chirurgical
- Données probantes :
  - sujettes à interprétation
  - obstacles à l'utilisation de données probantes
- Santé VS soins de santé :
  - où obtenons-nous la meilleure valeur pour nos $$?
  - comment comparer les données probantes?
- Données probantes : les valeurs, la culture peuvent être incluses dans la PDFPP
- La culture passe-t-elle avant les données probantes, ou les données probantes passent-elles avant la culture?
- Il revient davantage aux ministères de prouver que les changements sont fondés sur des données probantes
- Décisions cliniques et personnelles, il est plus accepté de les décisions relatives aux politiques que prend le gouvernement soient fondées sur des données probantes plutôt que sur la culture
- Les données probantes disponibles sur les coûts sont négligeables
- La nouvelle culture de PDFDP doit être appliquée largement, y compris dans l'administration et la gestion du système de soins de santé
- Dans le moment, nous nous engageons, décidons, apprenons - processus
- La culture doit comprendre les valeurs et les données probantes, tant en santé qu'en soins de santé
- Valeurs - combien de poids accorde-t-on aux données probantes?
- Harmoniser les valeurs et les données probantes
- Résistance aux données probantes - parce qu'elles ne contiennent pas de sujets «flous»
- Nouvelle culture - à tous les niveaux de prise de décisions, les intervenants sont explicites sur la façon dont ils en sont arrivés à des décisions - (de sorte qu'elles puissent être comprises, discutées, contestées)
- Il faut élargir le financement de la recherche - étendue de la recherche

- La culture d'aujourd'hui semble centrer sur le rapport coût-efficacité - ce qui mène à une base de données probantes analytiques plus pragmatique
- La nouvelle culture de PDFDP met l'accent sur les questions financières, les cibles fiscales du gouvernement
- Aujourd'hui, les gens sont incertains de ce qu'ils «obtiennent» du système de santé - il faut un large éventail d'informations
- Devrait-on laisser tomber le statu quo et élargir les choix pour la population
- Il faut des outils pour la prise de décisions
- Une nouvelle culture faciliterait l'autonomie
- Parfois, les données probantes n'existent pas - mais les décisions ne peuvent attendre
- La nouvelle culture suppose certaines aptitudes chez les décisideurs - il faut être explicite dans la prise de décisions - attitude et obligation de rendre des comptes
- S'éloigner de l'autonomie du médecin individuel vers l'autonomie des médecines
- Patient/individu - autonomie avec limites
- Que faut-il faire quand il n'y a pas de données probantes? Ou bien lorsque la pratique ne change pas?
- Comment devons-nous changer?
- Abandonner les cloisonnements et les chasses gardées
- Il nous faut mieux comprendre comment le public obtient son information (p. ex. la télévision), afin de mieux la disséminer et d'atteindre plus de gens
- Il faut que les consommateurs/le public participent à la prise de décisions - besoin de collaborer, de communiquer et de former des partenariats
- Comment influencer le comportement dans des domaines tels que le tabagisme et l'alcoolisme - où les données probantes existent
- Prendre des décisions fondées sur des gens en qui nous avons confiance
- On se contente de glisser sur des questions de déterminants de la santé - p. ex. environnement
- Trop d'importance au «but final» - il faut que les données probantes des déterminants de la santé soient présentées au grand public aux fins de discussion
- Même avec des données probantes, il est difficile de changer le comportement - il n'est pas certain que tout le monde veut être en santé
- Question de «confiance» au messager
- Leadership, appui, communauté - ces composantes sont nécessaires pour faciliter la mise en oeuvre de la PDFDP
- Importance de la dissémination et de la promotion des données probantes
- Prise de décisions et dissémination - S'agit-il de deux processus séparés?

Messages clés

- Décisions fondées sur des données probantes
- Les données probantes sont sujettes à interprétation
- L'interprétation est personnelle et la décision ultime peut varier selon la culture du jour
- Santé et soins de santé - il faut en faire la disctinction
- Divers niveaux et types de données probantes
- Les gens prennent des décisions en fonction de leurs croyances (crainte, valeurs, «territoire», résistance au changement)
- Les données probantes peuvent être déséquilibrées - il faut une approche plus équilibrée (tant en matière de quantité qu'en matière de pertinence)
- Nous ne pourrons jamais éviter l'interprétation - cela fait partie du processus de prise de décisions
- Prendre des décisions explicites, faire en sorte que l'information soit compréhensible et accessible

- L'accent est actuellement sur l'économie/le contexte budgétaire peut marquer les données probantes que nous recueillons maintenant, mais l'accent ne devrait pas être mis là seulement

Question 8

- Questions d'autonomie et d'envergure dans la prise de décisions - dans quelle mesure le choix est-il personnel?
- Question d'obligation de rendre des comptes
- Prise de conscience et éducation au sujet du bien-être
- Accès aux traitements - une question sociétale
  - p. ex. coûteux et efficacité incertaine
  - p. ex. information sur la santé pour le consommateur - donner de l'information aux gens sur les choix et les services offerts
- Encourager l'autonomie, une question séparée des options que les gens désirent et auxquelles ils ont accès
- Éventail des données probantes
- Les données probantes sont de l'information interprétée selon une théorie
- Santé de la population - refléter les facteurs socio-économiques dans la collecte de données probantes
- Il faut des données probantes sur les sous-populations
  - p. ex. essais des médicaments sur les hommes et les femmes
- Il faut prendre soin d'éviter les biais dans les essais cliniques aléatoires
- La recherche de données probantes dépend des valeurs et des hypothèses
- Toute une gamme de données probantes - il faut qu'elles soient examinées dans le contexte des décideurs
- Valeurs des patients - il faut en tenir compte
- Il faut évaluer les données probantes dans le contexte d'une société multiculturelle
- Évaluer les résultats des traitements - Il faut préciser les résultats anticipés
- Qu'est-ce qu'une donnée probante? «probante» pour qui?
- L'individu en tant que patient, consommateur, participant à l'élaboration de politiques
- À quoi les gens ont-ils recours pour prendre des décisions éclairées
  - p. ex. meta-analyse des essais cliniques, rapports de cas, expérience du fournisseur
- Existe-t-il une échelle établie fiable?
- Les données probantes - la meilleure information dont on dispose pour prendre une décision
- Hiérarchie des niveaux et des types
- Nous utilisons différents genres de données probantes, selon les circonstances et les sujets qui sont étudiés
- Quelle est la place des données probantes dans la spiritualité?
- Nous avons besoin de nouveaux indicateurs dans les domaines des soins primaires et des soins de santé primaires
- Besoin de données probantes pour une politique nationale sur la santé
- L'objectivité de qui?
- Sources des raisons :
  - expérience personnelle
  - traditions culturelles
  - semblables respectés
  - événements/tendances au cours des ans
  - conclusions de la recherche - statistiques
    - expérimentales

- intuition
- valeurs
- médias
- désirs
- traditions (professionnelles)
- résultats positifs
- anecdotes
- habitudes
- dossier médical de la mère

Question 8.2

- Il y aura toujours de nouvelles technologies - nous serons mieux en mesure de les évaluer lorsqu'il y aura un plus grand accord sur les valeurs

Question 8.3

- Appliquer des normes plus élevées aux nouvelles interventions - nous considérons la médecine non occidentale comme une nouvelle technologie
- Il faut encourager la collaboration dans l'examen des principes des thérapies non occidentales
- Les thérapies non occidentales offrent des occasions d'apprendre, mais il faut les évaluer

Questions 8.3 et 8.4

- Les médecins seront-ils prêts à conseiller des thérapies parallèles à leurs patients?
- Les normes ont changé - quel est le niveau de base?
- Normes relatives aux données probantes - c.-à.d. différentes normes culturelles - Qu'allons-nous financer?
- Norme - meilleure solution pour les grandes quantités
- Nous pouvons appendre beaucoup d'autres normes de soins et de prévention
- Faut-il adapter les choses au modèle actuel ou en concevoir un nouveau?

Question 8.5

- Établir une norme et financer les traitements en conséquence, ou bien examiner les principes pour voir s'ils s'inscrivent dans la moralité occidentale
- La norme en tant qu'efficience VS coût

Question 9 : Accès

- Normes d'information nationales
- À grande échelle, multisectoriel
- Axé sur la personne, de la naissance au décès
- Facilement disponible, tout en respectant le caractère confidentiel

- Axé sur la population, relié à la personne
- Analyse des résultats
- Comparable
- Coût abordable
- Le financement est un problème
- Indicateurs de santé
- Évaluer les réformes/améliorations structurelles
- Réunir différentes façons
- Nous avons besoin de la technologie
- Qualité
- Genres d'information :
  - reliée à des systèmes de bases de données
  - données sur les coûts-avantages
  - explication des termes, concepts, annexe explicative
  - consommateurs - information de base sur l'état de santé et progression escomptées (de l'information qu'on peut évaluer, conforme à leurs besoins culturels) - à la portée du consommateur

Question 9.3

- Information opportune
- Liaison de communication entre les provinces, les personnes
- Interface des données
  - caractère confidentiel
- Disséminer de l'information sans identificateurs
- Maintenir un sondage national sur la santé

Question 9.4 : Information accessible

- L'information documentaire en tant que composante du système administratif
- Se servir des systèmes administratifs à l'appui de l'éducation sur la promotion de la santé
- Désirent-ils être des partenaires égaux?
- Préciser le rôle et adapter l'information - rôle difficile à jouer pour les fournisseurs

Messages clés

- La question de savoir si l'information sera acceptée comme donnée probante sera influencée par la situation personnelle, qui affecte aussi la valeur relative accordée aux données probantes
- Nous voulons une norme que tous accepteront; la réponse dépend des circonstances
- Insister pour que les politiques nationales soient fondées sur des données probantes - sur l'efficience et l'opimisation des ressources
- Le besoin de mettre en question les niveaux de convention/normes de données probantes
- Plus de données probantes que de données scientifiques, et elles sont sujettes à différentes normes
- Il faut songer à intégrer les thérapies parallèles, si elles sont efficaces
- Il faut appliquer à la médecine occidentale les normes auxquelles on s'attendrait des thérapies parallèles
- Un processus pour décider des normes applicables aux données probantes, au moyen desquelles on décide des normes nationales de pratique
- Normes nationales, axées sur la personne, confidentielles, accessibles, intégrées, intersectorielles
- Processus d'évaluation uniforme, qu'il s'agisse de la médecine occidentale établie ou de l'introduction d'une nouvelle thérapie de la médecine occidentale ou non occidentale

Groupe 11
Questions : 10, 11, 12, 13
Le samedi 20 avril 1996

Question 10 : Valeurs reliées à la «santé»

Très importantes		Moins importantes
	1. Efficience	
③	2. Intégralité	
	3. Qualité des soins	
	4. Autonomie des patients	⑰
②	5. Égalité d'accès pour les individus	
	6. Part équitable pour les groupes	④
	7. Priorité aux plus nécessiteux	⑮
	8. Retombées maximales de chaque dollar	①
①	9. Population en santé	
	10. Intégrité sociétale	
	11. Obligation de rendre des comptes	
	12. Responsabilité	
	13. Reconnaître les limites des ressources pratiques	
	14. Comment/quand mesurer les «retombées maximales de chaque dollar»	
④	15. Responsabilité individuelle pour «l'autonomie du patient» en matière de santé	
	16. Minimiser les dommages	
	17. Qualité de ce que l'on fait - accès à une information de qualité	

Annulations proposées à la liste de valeurs : Aucune

Conflits de valeurs

1. Il faut réviser complètement la définition élargie de l'autonomie du patient, de façon à refléter le besoin de responsabilité individuelle
2. Tension inhérente entre responsabilité sociétale et responsabilité individuelle
3. Parts équitables pour les groupes peut être un facteur dans la définition de la capacité des individus de répondre à leurs propres besoins
4. «Pleine valeur pour le dollar»;il faut reconnaître les contraintes

Messages

1. «Pourquoi certaines personnes sont-elles en santé, tandis que d'autres ne le sont pas?» Ces valeurs ne s'appliquent pas vraiment à cette question. (Nous nous reportons à la question n° 10 dans Valeurs, numéros 1 à 9)
2. Cette question demande plus de réflexion pour articuler les valeurs
3. La question de la responsabilité individuelle VS responsabilité sociétale s'applique-t-elle aux «fournisseurs de services?»

4. *Ce sont tous des énoncés de valeurs qui sont reconnus (* Valeurs, n° 1 à 9)
5. Le Forum doit expliquer comment les valeurs influenceront la prise de décisions, de façon à ce que la population puisse comprendre

Valeurs reliées aux «soins de santé»

Très importantes		Moins importantes
①	1. Efficience	
②	2. Intégralité	
	3. Qualité des soins	
	4. Autonomie des patients	②
	5. (a) Égalité d'accès pour les individus	
③	(b) Équité d'accès pour les individus	
	6. Part équitable pour les groupes	①
	7. Priorité aux plus nécessiteux	③
	8. Retombées maximales de chaque dollar	
	9. Population en santé	
	10. Responsabilité individuelle (en relation avec la mise en pratique de «l'autonomie des patients» mentionné comme valeur n° 4)	
	11. Loyauté du soignant envers l'ensemble du système - besoins du client, de même que ceux du système et de la santé	
	12. Système au service de l'homme, de l'humanité	

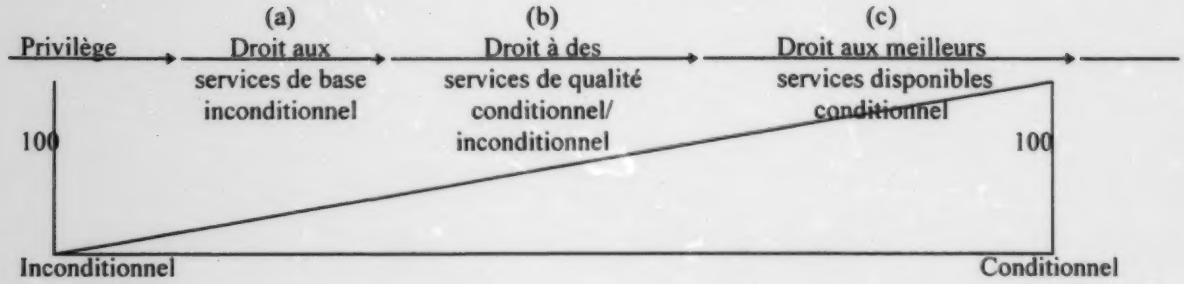
Remarques au sujet des valeurs liées aux soins de santé

1. Importance de faire la distinction non seulement entre santé et soins de santé, mais aussi entre soins de santé chroniques, soins d'urgence, etc.
2. Au numéro 5, devrait-on parler d'égalité ou d'équité d'accès? (accès sans contrainte financière) Importance de préciser ou de différencier les concepts d'«égalité» et d'«équité»

Conflits de valeurs pour les soins de santé

1. Intégralité
   - tellement large - indéfini (remarques sur la question de la définition)
   - difficile d'en arriver à un consensus sur la mise en pratique des valeurs
2. Population en santé
   - beaucoup plus importante dans le contexte des valeurs reliées à la «santé» que dans celui des «soins de santé»

Continuum - Droit aux services de santé



NOTE : Les priorités dans ce groupe tombent à part égale entre «Droit à des services de qualité» et «Droit aux meilleurs services disponibles»

Continuum du droit aux soins de santé

1. Définition du groupe :
   a) Survie - droit au service
   b) Qualité - niveau de service requis
   c) «Cadillac»
2. Minimum - Optimal - Maximum
   - en tant que mesure (pour définir)
3. En tant que société, nos valeurs sont passées au-delà des services «de base»
4. Droit conditionnel VS droit inconditionnel
5. La disponibilité et l'accès influencent tous les aspects du continuum
6. Il faut identifier clairement et préciser :
   - conditionnel
   - inconditionnel

Messages

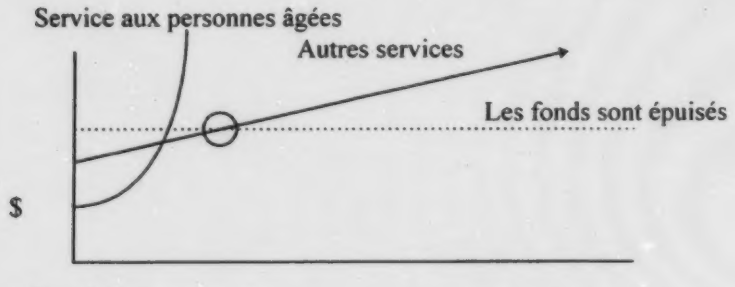
- Le groupe a tiré la conclusion que, dans un continuum, le droit aux services de santé se situe au niveau de la «qualité» et le droit aux meilleurs services, à l'extrémité de l'échelle
- Le Forum doit définir des termes tels que :
  - services de base
  - services de qualité
  - meilleurs services disponibles
  - services conditionnels
  - services inconditionnels

de sorte qu'ils soient significatifs et pratiques

Politique de santé

Répondant aux besoins des malades et des vulnérables ⟷ Améliorant la santé générale et la qualité de vie

1. Si l'on traite d'un aspect, «Répondant aux besoins des malades et des vulnérables», ne se trouve-t-on pas à les traiter tous - «Améliorant la santé générale et la qualité de vie»?
2. Il faut trouver le meilleur équilibre et la meilleure affectation entre répondre aux besoins et améliorer la santé générale et la qualité de vie
3. Il faut déterminer où les compromis doivent avoir lieu lorsqu'ils ont trait aux $$ VS service
4. Il faut identifier et expliquer ce qu'on entend par compromis, pour que le public comprenne



- En déterminant les compromis - besoin de consulter le public

Question 12 : Critères d'établissement des priorités de la liste d'attente pour les services

1. Urgence médicale
2. Avantage pour l'individu
3. Avantage pour la société
4. Âge
5. Facteurs liés au style de vie
6. Premier arrivé, premier servi

Ajouts
- Occasions d'apprentissage
- Occasions de recherche
- Réexaminer les «erreurs» passées (peuvent être des exemples d'avantages pour la société)

Annulation
- «Premier arrivé, premier servi» ne devrait pas être un critère

Commentaires au sujet des critères d'établissement de priorités de la liste d'attente pour les services
1. En ce qui concerne l'établissement de priorités, la liste doit se rapporter au continuum/critères des droits aux services
2. La recherche de la qualité peut servir à fournir des services d'établissement des priorités
3. Comme ce fut le cas pour les listes antérieures de critères, p. ex. «Droit aux soins de santé», les critères de la liste d'attente doivent être définis et expliqués pour que le public comprenne
4. Les critères doivent être pris en considération dans leur ensemble, et non individuellement

5. Disposant de l'information pertinente sur les choix, p. ex. le mode de vie, et ayant compris les incidences, il faut alors accepter les conséquences d'une décision individuelle

- La discussion n'a porté que sur les soins aigus - une discussion approfondie dans d'autres domaines est nécessaire

Messages

- On s'inquiète du fait qu'on n'ait pas discuté de la question d'un système à «deux niveaux» par rapport aux valeurs
- Implicite dans la discussion sur le continuum de services, même le «rationnement» des services est fondé sur un système à un seul niveau

Question 13 : Inégalités/Ressources consacrées à la «santé»

Commentaires

1. La société a fait un investissement disproportionné en soins de santé et devrait investir davantage dans les déterminants de la santé, c.-à-d. éducation, nutrition. (Quelques intervenants ont disputé ce point de vue - l'avis n'était pas unanime)
2. Il faudrait élargir le système de santé de façon à y inclure certains services de nature préventive
3. Une valeur - il devrait y avoir un «droit à la recherche de la santé» - par conséquent, la société doit y faire un certain investissement pour que les individus puissent faire un choix

Groupe 12
Questions : 10, 11, 12, 13
Le samedi 20 avril 1996

Question 10 : Valeurs - Évaluation de leur mérite relatif

Votes prioritaires

- Efficience (optimalisation)
- ✓ Intégralité
- ✓✓✓✓ Qualité des soins
- ✓ Autonomie des patients/autonomie des fournisseurs
  - autonomie de la personne
- ✓✓✓✓✓ Égalité d'accès pour les individus
- ✓✓ Part équitable pour les groupes
- ✓✓✓ Priorités aux plus nécessiteux
- ✓ Retombées maximales de chaque $
- ✓✓✓✓✓✓ Une population en santé, communautés en santé
  ✓✓✓✓✓

Valeurs additionnelles

- Ouverture
- ✓✓ Responsabilité individuelle, personnelle
- ✓✓ Qualité de vie
- ✓✓ Dignité et mieux-être de tous les individus
- ✓✓✓✓ Participation du public
- ✓✓✓✓ Respect des valeurs traditionnelles de guérison - (Premières Nations)

Question 11

- Comment définir un droit aux soins de santé?
- Droits, attentes
- Droits à la santé publique, eu égard à la «santé», au sens large
- «Devoir de fournir» - par opposition à «droit»
- Droits individuels, collectifs
- Assistance mutuelle - plusieurs partenaires

NOTE : Il est question de responsabilité personnelle lorsqu'on discute de droits

Conflits

- Égalité d'accès
- Conflit/inégalité - urbain VS rural
- Comment définir la santé?
- Intégration de la communauté médicale

Question 12 : Affectation des ressources

- Entre les fournisseurs de l'ensemble du système
- Besoins
- Où mettre l'accent?
- Améliorer les critères d'affectation des ressources - rééquilibrer
- Pour quelle raison? Données probantes, politiques, «pour se sentir bien»
- Les décisions seront entre les mains des communautés
- L'évaluation des besoins en santé comme élément d'affectation
- Tenir compte des éléments de santé communautaire
- Parts égales à l'intérieur d'une communauté en santé; intégration
- Tous les éléments devraient travailler ensemble pour soutenir et appuyer - fonds pour soutenir la santé - un seul «pot»
- Critères de «l'enveloppe» de $$? = communauté en santé
- Se réinventer
- Qu'est-ce que la majorité de la population désire? 99 % des $ aux hôpitaux/médecins?
- Ressources limitées - où les affecter et selon quels critères?
- Participation du public - valeurs influençant les décisions au sujet de l'affectation
- Prudence dans l'évaluation des besoins communautaires
- Limites aux valeurs comme base des décisions sur l'affectation des ressources
- Si nous augmentons les $$ en prévention/promotion (déterminants élargis), dans quelle mesure serions-nous actifs/passifs - interventionnistes
- Améliorer les idées préconçues du public au sujet de la santé - éducation cause à effet
- L'acceptation du public est nécessaire
- Il faut faire la distinction entre affectation à l'intérieur du secteur des soins de santé et la répartition dans d'autres secteurs
- Y a-t-il consensus sociétal sur les valeurs? Divergences dans les valeurs - interventions visant à résoudre les problèmes
- Préciser les valeurs au niveau communautaire - critique
- Fondement de la prise de décisions - affectation :
  1. Données probantes
  2. Pressions publiques - contribution de la communauté/valeurs
  3. Intuition - croyances/valeurs
  4. Conséquence : «Si nous n'agissons pas...»
  5. Tradition - On a toujours procédé de cette façon
- Priorités en matière d'affectation :
  - $ aux soins primaires, prévention (pauvreté - enfance)
  - Soins hospitaliers et médicaux qui peuvent être soutenus
  - Soins à domicile - mieux-être
  - Éducation - alphabétisation
  - Logement
  - Emploi
  - Environnement
  - Évaluation des besoins à la source - intégrer une évaluation de l'efficience à l'échelon communautaire
  - L'affectationactuelle à l'éducation, aux services sociaux, etc. n'est pas faite adéquatement
  - Ajuster les «enveloppes» actuelles avant de procéder
  - Accroître les fonds affectés à l'enfance - santé des enfants; élargir
  - Influence du sexe sur les décisions en matière d'affectation;

        - pour prendre des décisions en matière d'affectation, il faut poser la bonne question - critique lorsque l'affectation de ressources est en jeu
    - Supprimer les «cloisonnements» encore en place
    - Communication/compréhension - concevoir et entreprendre un dialogue
    - Répartition à l'intérieur du budget de soins de santé
        - Domaines-problèmes à cibler :
            - produits pharmaceutiques - médicaments
            - abus du système
- Les données probantes varient - comment définir (questions de définition)
    - (certains domaines de compétence comprenant le logement, les services correctionnels, etc. dans la définition de soins de santé)
- Esclaves d'une base empirique
- Besoin de données probantes lorsqu'on passe graduellement des soins en établissement vers des soins communautaires
- Compressions diminuées aux soins aigus; les «soins» communautaires prennent la relève - fournir des données probantes/applicabilité
- Services de santé qui répondent aux besoins
- L'«assurance-maladie» des années 60 a créé un mythe au sujet de : hôpitaux/médecins, modèle médical
- Les discussions sur la prise de décisions fondées sur des données probantes doivent être reliées à un mécanisme d'évaluation - évaluation dès le départ

Les soins de santé au Canada (= les gens les plus en santé) font l'envie de nombreux pays - Il ne faut pas les perdre

Question 13

- Les personnes qui connaissent le système de soins de santé - ou qui y travaillent - ont un accès différent, par conséquent, inégalités
- Les services de santé ne sont pas répartis également - nord VS sud - inégalités d'accès
- Les facteurs comme les installations, la géographie et les coûts ont tous une incidence sur les inégalités entre le nord et le sud
- Inquiétudes au sujet de la tendance vers un système public à deux niveaux/système privé de soins de santé
- Il sera impossible de corriger les inégalités actuelles si nous optons pour un système à deux niveaux
- Accès - problèmes
    - urbain/rural
    - rôles du fournisseur - financement
    - diversité des services
        - hôpitaux universitaires et non universitaires
    - public - privé
    - variation des listes d'attente
- Accès universel - comment le définir dans le contexte actuel; services de base VS services essentiels/fondamentaux
- Pour lui garder son universalité, il faut examiner ce que nous entendons par services essentiels et services fondamentaux
- Unicité des questions «nordiques»/urbaines-rurales
- Un système à deux niveaux aurait une incidence négative sur :

  - la qualité des soins de santé
  - la recherche
  - la formation
- La santé est quelque chose de personnel, différente des autres biens matériels/marchandises
- Les soins sont maintenant à deux niveaux - une plus grande privatisation mènera à un système à trois niveaux
- Accès universel aux résultats de santé, plutôt qu'aux services
- Le système public/universel de soins de santé est la caractéristique déterminante de la citoyenneté canadienne - valeur de base
- En tant que Canadiens, nous dirigeons-nous vers la question publique d'accepter des systèmes de santé à deux niveaux?
- Exode de Canadiens et d'expertise canadienne vers les États-Unis
- La façon dont on conçoit un système canadien à deux niveaux dépend de la perspective/des circonstances individuelles
- Un système à deux niveaux donnera lieu à de «l'écrémage»
- Il est improbable qu'un système à deux ou à trois niveaux fasse disparaître les inégalités du «nord»
- Ce n'est pas une question de $, mais de valeurs de base pour nous en tant que Canadiens
- En ce qui concerne notre santé, le système de soins de santé doit être perçu comme une solution de dernier ressort, non de premier ressort
- Nous n'avons pas de politique publique récompensant les modes de vie sains/obligation accrue de rendre des comptes

Groupe 1
Le dimanche 21 avril 1996

1. Revue/synthèse des discussions du samedi

Quelle est votre synthèse personnelle de ce que vous avez entendu et de ce dont vous avez fait l'expérience dans le contexte du système des soins de santé?

- Les divers intérêts et perspectives contribuent aux discussions
- Pourquoi n'avons-nous pas progressé? Il faut comprendre l'histoire pour réaliser des progrès
- Action - véritables recommandations
- Les temps ont changé - toujours les mêmes discours - il faut passer à l'action
- Il faut apporter des améliorations pour préserver le système
- Il faut des principes de base, mais «mettre en oeuvre» une approche différente
- Un plus grand effort en vue d'une action
- Être prêts à former des partenariats
- Objectifs communs
- Acceptation de la notion de la santé par rapport aux soins de santé - Améliorer la santé des Canadiens
- Le fédéral devrait mettre l'accent sur la santé des Canadiens
- Les gens travaillant au sein du système sont prêts au changement
- Entente sur une liste de valeurs, mais pas de véritable consensus sur les compromis à faire entre les valeurs divergentes - Définition ambiguë - niveau conceptuel seulement
- Il faut améliorer l'infrastructure
    - données probantes
    - information
- La prise de décisions fondées sur des données probantes (PDFDP) devrait s'appliquer au niveau politique
- Les changements récents ne sont pas fondés sur des données probantes
- Pas de cadre d'évaluation en place
- Aucune structure d'obligation de rendre des comptes
- Moins de recours à la PDFDP au niveau «meso»

2. Messages et enjeux clés

Compte tenu des messages, questions et idées clés qui ont émergé des discussions-thème, quelles répercussions importantes voyez-vous au <u>niveau du système de santé?</u> c.-à-d., quels enjeux devrait aborder le Forum?

- PDFDP - Il faudra des efforts, des fonds et une volonté politique - Besoin d'acceptation
- Définitions et compréhension commune des termes clés/besoins de concepts, c.-à-d. définir santé/soins de santé/soins nécessaires
- Déterminants - Établir des priorités, des objectifs, ce qu'il faut mesurer. Le Forum doit s'expliquer clairement - indicateurs mesurables
- Besoin de points de repère
    - à l'extérieur du système
    - à l'intérieur du système
- Il faut une information normalisée pour la PDFDP
    - coordination/intégration
    - uniformité
    - interprétation/utilisation
- Établir des cibles mesurables à longue échéance en ce qui a trait aux principaux problèmes de santé (tels

que le document du Québec)

- Il faut examiner les politiques/programmes aux fins d'uniformité avec les déterminants de la santé et l'objectif général de santé (les actions ne correspondent pas aux objectifs de santé)
- Prudence dans la définition des déterminants de la santé
  - sociaux
  - modèles médicaux/de mieux-être } modèles
- Les gouvernements F/P/T devraient analyser l'ncidence sur la santé de toutes les politiques/compressions de programmes
- Les gouvernements F/P/T - chevauchement, éliminer des obstacles
  - partage de l'information
  - normalisation
- Inefficacité générale des conseils donnés aux F/P/T - Besoin de précision et de réalisme - Déterminer les activités qu'on peut entreprendre et comment y procéder face aux exigences F/P/T - Activités précises, tangibles et pratiques
- Est-il possible d'en arriver à une liste commune au niveau national?
  - Il faut une volonté politique
  - Recours aux partenariats
  - Cerner les obstacles et élaborer des stratégies pour les surmonter
- Il se peut que la liste n'ait pas d'impact sur la santé des Canadiens, lorsque d'autres déterminants sont plus notoires, p. ex. la pauvreté chez l'enfant (affecte le coût et la qualité des soins)
- Beaucoup de priorités pourraient être listées
  - comment les établir
  - le Forum peut élaborer une stratégie à cet effet
- Initiatives F/P/T - Choisir parmi les recommandations
  - quelque chose de réalisable
- De même, liste d'objectifs souhaitables à long terme
- Plan d'action concret
- Les structures F/P/T sont faibles; où peut-on :
  - s'accorder sur les priorités
  - affecter les ressources
- Il faut que les valeurs soient mieux connues
  - santé et soins de santé
  - possibilité d'apporter au système de soins de santé des changements qui mettent l'accent sur la santé et améliorent la santé
- L'ICIS est un bon départ pour les problèmes (4-5 sur une échelle de 10)
- Besoin d'un financement temporaire/de transition, particulièrement au moment où le changement vers les soins communautaires se produit - doit être chose faite avant qu'une amélioration soit évidente
- Toute amélioration exige un investissement
  - possibilité d'une plus grande confusion dans les SR

3. Nouveaux courants de pensée

Quelles sont certains des nouveaux enjeux, idées ou notions créatives que le Forum devrait prendre en considération?

- Étudier un plan d'action à long terme
  - promotion/prévention
- Promouvoir une main-d'oeuvre polyvalente
- Considérer la valeur ajoutée aux clients - rôle des organisations

- Aborder les questions/préoccupations de la main-d'oeuvre
  - baisse de compétences
  - polyvalente
  - dialogue national
  - dévaluation
- Donner plus d'autonomie aux clients
  - relevés
  - choix
- Partenaires du secteur privé
  - capital
  - occasions manquées
- Évaluer le système mené par les médecins - Est-il valable?
  - Catégoriser le niveau de soins dispensé
- Recherche fondée sur des données probantes - au sujet des compétences/ accréditations nécessaires pour certaines tâches
- Avons-nous besoin de tous ces corps professionnels/organismes d'accréditation (appelés à disparaître)
- Planification des ressources en soins de santé nécessaire - autres que médecins
- Rémunérer les familles pour leur appui (aidants naturels)
  - bas revenu
  - risques de blessures
- Rôle des centres de santé dans la prestation de «soins aigus»
- Ériger une structure F/P/T efficace
  - recherche
  - s'occuper des problèmes réels
  - information
  - véritable partenariat
- Si les médecins doivent être les gardiens - besoin d'éduquer les clients
- Rôle du secteur privé - nécessité d'un partenariat - pas de contrôle total
  - faire preuve d'équité
- Polyvalence et compétences
- Normes F/P/T de qualité des services
- Uniformité des structures organisationnelles aux niveaux fédéral et provinciaux
  - (p. ex. Ministère de la Santé et des Services communautaires, et non seulement de la Santé)
- Collaboration entre secteur public/secteur privé/fournisseurs
  - pas entièrement mauvais/parfait

4. Mot de la fin - Conseils à l'intention du Forum

- Le travail ne finira pas avec la présentation du rapport
- Il faut une structure F/P/T performante
  - véritables responsabilités
  - refléter les priorités nationales
  - distribution des ressources
- Plan d'action efficace énoncé par écrit
- Un héritage qui se perpétuera et dont d'autres pourront profiter - produits
- Plan d'affaires
  - échéanciers
  - coûts

- Le Forum pourrait rester en place
  - quelqu'un doit prendre la relève
- Les membres apportent les recommandations avec eux
- Héritage - Élargir la *Loi canadienne sur la santé* de façon à inclure l'activité au niveau communautaire
- Le Forum doit influencer les décisions des politiciens
- Préciser les termes et concepts clés
- Le principe de la santé de la population doit être accentué - au-delà des soins de santé

Groupe 2
Le dimanche 21 avril 1996

1. Revue/synthèse des discussions du samedi

- Enthousiastes - beaucoups s'entendent sur les principes, l'intégralité - Certaines préoccupations
- Langage facile à comprendre
- Positivisme
- Préoccupation - Comment le Forum peut-il prendre l'initiative, dans le cadre des activités en cours
- Résumé (Groupe 6) - faible
    - s'assurer que toute l'information a été captée
- Amusant
- Processus - (conclusion)
    - trop compliqué - difficile à placer en contexte et à tirer des conclusions
- Excellente occasion de percevoir la situation, mais non d'élaborer

2. Messages et enjeux clés

- Vendre le message aux provinces - thèmes pour la prise de décisions
- La communication d'idées et de messages - les transposer aux prochains niveaux
- Normes - comment les maintenir dans les secteurs public/privé
- Mise en oeuvre - obstacles, action au sujet des obstacles - il faut plus d'engagement de la part des consommateurs pour les mettre en mouvement
- Mythes - où se trouve la prise de décisions
- Manque de précision sur les endroits où l'appliquer
- Le gouvernement finance des «rafistoleurs» - trouve des béquilles pour la santé
- Cloisonnements - *Loi canadienne sur la santé* - ne répond pas aux besoins
- Répartition - énorme problème en bout de ligne - le gouvernement fédéral a perdu le contrôle - gigantesque problème de transfert
- Sérieuses réserves au sujet des politiques fédérales et de leur impact sur les programmes sociaux
- Défi - Limites aux dépenses sociales
- Préoccupation - pauvreté chez l'enfant
- Prises de décisions à court terme
- Il nous faut une vision claire de la santé - faire l'examen des programmes sociaux
- Cycle d'immobilisme - accent sur les données probantes et la consultation
- «La santé est un concept politique»
- Information - ne suffit pas à elle seule à un revirement de la situation...analyser les obstacles
- Cerner les parti-pris et les neutraliser - En venir à un consensus
- Équité socio-économique - santé : les politiques ne concordent pas
- Il faut mettre en oeuvre le concept de la santé de la population
- Comment y parvenir?
- Compréhension du public - comment y parvenir
- À quoi nous attendons-nous de la part du gouvernement?
- Débat, non seulement sur les soins de santé - comment faire progresser le débat
- Faire l'équilibre - débats à l'intérieur comme à l'extérieur
- Valeurs
- État de santé - en fait, fait marche arrière - le filet social a rétréci
- Le changement politique se fait petit à petit

3. Nouveaux courants de pensée

- Intégration
- Évaluation de l'information/recherche

4. Mot de la fin - Conseils à l'intention Forum

- Coût des médicaments - révision complète du projet de loi C-91...analyse de l'impact
- Maintenir les principes de l'assurance-maladie
  - aucune efficacité dans un système à deux paliers
- Élargir le système de façon à inclure les soins à domicile - intégration
- Renouveler la *Loi canadienne sur la santé* pour raffermir et élargir le cadre national
- S'attaquer aux obstacles à la réforme
- Communiquer avec les gens
  - se mettre réellement à l'écoute des citoyens
  - il faut enrayer la mauvaise administration et e gaspillage au niveau local
- Égalité VS équité dans la répartition des ressources - <u>équité</u>
- Mesures tangibles
  - mécanisme libre des pressions de tout groupe «politique» pour définir une base commune solide pour l'assurance-maladie
- Énoncé d'une vision nationale - mettre fin à la fragmentation (provinces) jusqu'à ce qu'on parvienne à une évaluation précise
- Toujours faire la distinction entre santé et soins de santé
- Préserver la sagesse de tutelle - responsabilité - «organisme apolitique»?
- Conseil national de la santé (avec représentation des consommateurs)

Groupe 3
Le dimanche 21 avril 1996

1. Revue/synthèse des discussions du samedi

1) Créer un «système» plutôt que des associations «d'intérêts compétitifs»
   - objectifs précis
   - «régionalisation» problématique
2) Mettre du mordant dans la façon de le faire accepter politiquement et de le mettre en oeuvre
   - p. ex. le Forum doit aborder l'aspect politique des soins de santé
   - recommandations - stratégie
3) Rôle de leadership du gouvernement fédéral à l'intérieur d'un système décentralisé
   - principes et lignes directrices reliés au financement
   - établir des objectifs nationaux pour la santé
   - maintenir le dialogue entre les intérêts en concurrence, au sujet des problèmes communs (rôle d'un corps indépendant de Santé Canada)
4) *Loi canadienne sur la santé*
   - étant donné la situation financière, possibilité de deux niveaux/ privatisation, comment aborder la question de l'accès en fonction de la pauvreté, de la région, de la culture, des services urbains/ruraux
     - p. ex. surmonter les problèmes de prestation des services et d'affectation des ressources, de l'accès à certains autres services (p. ex. psychologiques)
5) Centralisation des ressources
   - Centralisation dans les grands centres urbains
     - coûts en déplacement/temps
     - appui familial
     - soutien financier
6) Renforcer les organisations nationales
   - Continuer à renforcer les groupes d'experts
   - Le Forum doit déterminer les groupes nationaux déjà bien organisés et les appuyer en tant qu'organismes nationaux qui méritent d'être maintenus
7) Équilibre entre «santé» et «soins de santé»
   - le danger existe que l'accent mis sur la «santé» ne vienne saper une large partie de l'infrastructure du système de «soins de santé»
     - il faut regarder au-delà du système de santé dans la répartition des ressources à l'intérieur du système
     - besoin de faire participer les groupes engagés dans «la santé de la population»
     - santé publique
     - organismes non gouvernementaux
     - travaux publics
     - bénévolat
     - besoin d'un meilleur équilibre à l'intérieur même du système de soins de santé, p. ex. :
       . dépasser les 4 ou 5 % consacrés à la promotion de la santé
       . plus grand bien d'un plus grand nombre de gens
       . couverture
       . appui familial
       . médicaments à l'extérieur des hôpitaux
8) Bénévolat à l'intérieur du système
   - enlever aux bénévoles leur rôle à l'intérieur du système

- ils n'auront peut-être par leur place ailleurs

9) «Intégralité»
   - il faut la définir et la mettre en relief pour qu'elle ait une signification nationale
   - ce qui n'a pas besoin d'être inclus/couvert dans le système public peut être laissé au secteur privé

10) Rôle fédéral VS provincial dans l'établissement d'un système «national»
   - il faut supposer que le gouvernement fédéral façonnera le système «national»
     - la question serait peut-être d'obtenir le consentement des provinces à la création d'un système national en partant du bas vers le haut
     - donner plus d'importance aux principes de la *Loi canadienne sur la santé* et voir aux tensions qui surgiront quant au secteur qui doit avoir «le dernier mot»
     - l'avenir du Forum repose en partie sur l'acceptation provinciale
     - rôle du «Forum» dans l'évaluation des principales tendances

11) Voir à ce que les «conseils consultatifs» fonctionnent de façon efficace
   - approche multi-sectorielle

12) Préserver le système national
   - s'inquiéter des termes «en vogue»
   - élargir le concept de santé de la population
     - éducation
   - trop de pressions sur le système de soins de santé pour qu'il fasse tout

2. Nouveaux enjeux/Approches novatrices : Cerner les lacunes, les liens et les «produits»

1) Il faut des «données pures» si l'on veut des décisions fondées sur des données probantes
   - ériger un système qui assure
     - une consignation des données sur l'utilisation de façon comparable d'un niveau de compétences à l'autre
     - la disponibilité des données et des résultats d'analyse
     - la détermination de ce qui est en place dans le moment

2) Objectifs nationaux précis en matière de santé
   - fixer des cibles pour l'état de santé
   - indicateurs précis de la santé nationale
   - liaison à des bases de données

3) Créer une culture de recherche clinique

4) «Renouveler la *Loi canadienne sur la santé*»
   - inclure le concept de «santé de la population»
   - accès au système de santé
   - redéfinir «intégralité»
   - préciser les limites

5) Déterminer les «défenseurs» du système orienté sur la santé
   - compétences cliniques avancées
   - formation avancée
   - membre d'un corps professionnel de la santé réglementé (p. ex. obligation de rendre des comptes)
     - pas nécessairement un médecin
   - capable de s'occuper de plusieurs points d'entrée
   - capable de se servir d'une technologie novatrice

6) Aborder les points de convergence et de divergence entre le système de soins de santé et l'industrie pharmaceutique (projet de loi C-91)

- données probantes
- utilisation

3. Mot de la fin - Conseils à l'intention du Forum

- Créer un système (le processus ne sera ni simple ni précis)
- Poursuivre le processus d'élargissement du concept de «soins de santé» vers la «santé»
- Démolir les «cloisonnements» et créer une approche multi-sectorielle
- Créer de l'information fiable et valide
- Créer des objectifs de santé nationaux
- Fournir un financement relié aux objectifs nationaux de santé
- Reconnaître les intérêts provinciaux, en tenant compte du fait que les Canadiens se tournent toujours vers le gouvernement fédéral en matière de leadership, de normes et de lignes directrices
- Investir tout en restructurant
- Reconnaître que la santé et les soins de santé sont toujours des composantes essentielles du mandat politique et de l'identité canadienne
- Faire preuve de prudence et de planification dans la tendance vers la privatisation
- Continuer de consulter la population au sujet de ce qu'elle désire dans son système de soins de santé

Groupe 4
Le dimanche 21 avril 1996

1. Revue/synthèse des discussions du samedi

- Il faut maintenir les cinq principes de la *Loi canadienne sur la santé*
  - mais quelle signification ont-ils à présent?
- Ne pas apporter de changements pour le simple fait de changer (si rien n'est brisé, il n'y a rien à réparer)
- Tout changement doit être fondé sur des données probantes solides
- Importance de la collaboration intersectorielle entre ministères (y compris Finances, Ressources humaines)
- Valeurs - une population en santé est la valeur la plus importante/la santé des individus est également importante
- À l'intérieur de l'approche de la santé de la population, il est important de prendre l'équité en considération
- Au sujet des données probantes, on ne peut pas toujours attendre de posséder des preuves «solides» avant de passer à l'action
- Valeurs - une discussion approfondie est nécessaire
- Au sujet de public-privé - si les compressions au système public continuent, il faudra laisser/définir le rôle du financement privé
- Les dépenses privées sont à la hausse
- Les dépenses publiques diminuent

  } Déplacement des coûts par le fédéral

  - il faut que certains services reviennent sous la responsabilité publique
  - La *Loi canadienne sur la santé* est un point de départ
- Au sujet des marchés privé/public
  - y penser sérieusement avant «d'importer» des modèles
  - préoccupation au sujet du système à deux paliers, au sujet des soins à domicile et des SLT
- Dilemme entre la pharmacologie et les coûts de la santé
  - projet de loi C-91

2. Messages clés

- Examiner/redéfinir les principes de la *Loi canadienne sur la santé*
- Réviser le projet de loi C-91
- Raffermir le CEPMB
- Examiner la stratégie de marketing des médicaments
- Le ministère de la Santé doit participer aux décisions sur la santé et les soins de santé
- Le Ministre doit éduquer le public et être à l'écoute de la population
- Examiner l'accès aux soins de santé de qualité

3. Nouveaux courants de pensée

- Mécanismes mieux établis de collaboration interministérielle (fédérale/provinciale/locale/autres secteurs)
- Harmonisation des listes de médicaments et du système de distribution des médicaments
- Les paiements de transfert pour les programmes sociaux et la santé doivent être fondés encore plus sur les besoins (par opposition à une méthode «par habitant»)
- S'assurer que le déplacement vers des soins communautaires respecte l'élément «humanitaire»

- Accroître la recherche sur la santé de la population, mais non au détriment de la recherche pure
  - créer des consortiums de recherche
- Nécessité de récompenser les individus pour leurs choix en matière de santé
- Trouver des mécanismes intégrant les valeurs communautaires dans l'établissement des priorités de recherche
- Besoin d'entreprendre et de promouvoir la recherche sur la médecine douce, p. ex. l'acupuncture
  - incidence sur les aspects sociaux et ceux de santé
- Appuyer le *Vancouver Institute for Complementary and Alternative Medicine*
- Expliquer au Ministre que l'amélioration de la qualité des soins n'est pas nécessairement plus économique - qu'on ne peut continuer indéfiniment à réduire le financement
- Il faut permettre de nouveau aux médecins de reconnaître l'apport des médecines parallèles
- Rôle élargi du fédéral; évaluer le besoin de professionnels de la santé au XXI[e] siècle (planification de la main-d'oeuvre)

4. Mot de la fin - Conseils à l'intention du Forum

- Augmenter la capacité des communautés d'accepter la responsabilité des interventions en matière de santé
- Le Ministre doit d'abord convaincre le ministre des Finances du caractère non négociable des principes de la *Loi canadienne sur la santé*
- Ne pas apporter de changement dans une partie du système avant d'avoir analysé l'impact de ce changement sur d'autres secteurs du système (p. ex. soins à domicile au Manitoba)
- La clarté des valeurs est la clé de la préservation des principes de la *Loi canadienne sur la santé*
- Le ministre de la Santé doit identifier/définir les normes de la *Loi canadienne sur la santé* et expliquer comment elles seront appliquées
- Faire l'équilibre entre l'élément humain et la technologie - toujours en fonction du consommateur
- Il faut un système d'information qui fournisse des données fiables et uniformes pour la prise de décisions
- Raffermir le rôle du fédéral en matière de : marketing/approbation, rôle provincial au sujet de l'utilisation

1) En faveur d'un Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux en bloc ou fragmenté?

Fragmenté	✓
Bloc	✓✓✓ (placer la contribution communautaire en perspective)

2) En faveur d'une taxe additionnelle pour la santé et les soins de santé

En faveur	✓✓✓*
Contre	

* À condition qu'elle soit liée à de nouveaux services et à des interventions plus globales en matière de santé

- Faire plus de recherche sur la santé des femmes
- Fusionner les ministères de la Santé et des Services sociaux
- Étudier la possibilité de faire de la santé un bien imposable
- Besoin d'une plus grande recherche sur l'équilibre entre la santé, l'éducation et les services sociaux
- Il faut encourager l'esprit civique

- En ce qui a trait au Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux - faire le lien entre les sources et l'utilisation, pour s'assurer que les politiciens soient obligés de rendre des comptes
- Lecture obligatoire - *Life Before Medicare*
- Un souhait...que la réforme du système de soins de santé ne soit pas poussée par des motifs financiers
- Revenir pour étudier les recommandations
- Revenir ou, du moins, avoir l'occasion d'examiner et de faire des recommandations finales au Forum
- Certains défenseurs - allons de l'avant
- Principe général : considérer les déterminants de la santé comme composante du processus décisionnel
- Mise en garde : les pouvoirs et responsabilités du ministre fédéral de la Santé sont limités en matière de santé/soins de santé
- Le ministre de la Santé ne peut être à lui seul responsable de la santé de la population (son rôle clé est de faciliter l'action)
- Les systèmes d'information doivent intégrer les soins de santé et l'information sur la santé (de même qu'accroître les autres secteurs)
- Qualité des soins
- Les services doivent être en place pour assurer des soins de qualité
- L'éducation/participation du public est la clé : le Ministre a un rôle important à jouer en matière de relations publiques (facilite les décisions pour les responsables de la réglementation)
- Il faut s'assurer que le Ministre et le Premier ministre sont à l'écoute
- Le Ministre doit réévaler et redéfinir les cinq principes de la *Loi canadienne sur la santé* (p. ex. les soins de santé ne relèvent plus exclusivement des médecins et des hôpitaux) - «À quoi» au juste les principes s'appliquent-ils?
- En ce qui a trait au rôle fédéral, une discussion nationale au sujet des valeurs serait utile
- Les principes de la *Loi canadienne sur la santé* sont appuyés à l'échelle du pays; par conséquent, le Ministre doit continuer à appliquer la Loi
- Approche du bas vers le haut dans la répartition des ressources entre ministères
- Il faut de l'uniformité dans l'application des principes de la *Loi canadienne sur la santé* (p. ex. la transférabilité et le Québec)
- Rôle de la Direction générale de la protection de la santé : voir à ce que les médicaments ne soient mis en marché qu'après une évaluation complète (moment opportun)
    - besoin de lignes directrices pour la publicité faite aux médicaments
- Le ministre fédéral doit jouer un rôle clé dans l'examen du projet de loi C-91
    - besoin d'une réglementation plus serrée du prix des nouveaux médicaments
    - besoin de contrôler la recherche et d'assujettir les redevances à la recherche et de raccourcir la protection par brevet (ce pourrait être difficile en raison de l'ALÉNA)
- Action en matière de santé publique en ce qui a trait aux toxicomanies et au tabagisme
- Interdire la publicité des médicaments

Groupe 5
Le dimanche 21 avril 1996

1. Revue/synthèse des discussions du samedi

- Hésitation à discuter de certains sujets :
  - questions d'éthique
  - qu'est-ce qui est équitable
- Relations entre la santé et les services sociaux
- Définition de soins de santé et de soins de maladie
- Le système de remboursement est contradictoire - incompatible avec la santé
- Contrôle des enjeux relatifs aux produits pharmaceutiques
- Passion au sujet du nettoyage - contrôle de la publicité pharmaceutique et pouvoirs
- Problématique de partenariats à cause du manque de modèles dans notre champ d'action
- Manque de leadership
- Le système n'a pas reconnu les besoins des cas spéciaux
- Il ne faut pas se débarrasser du système actuel; il y a beaucoup de bons aspects à conserver
- Sommes-nous débordés par la santé et les soins de santé? Faut-il choisir l'un des deux? Ou encore se limiter à quelques domaines?
- Le changement s'en vient : Quel est l'objectif?

2. Facteurs à considérer

- Qu'entend-on par «optimal»?
- Le système est une cible «mouvante»
- Facteur obligatoire dans le cas d'autres réalités sociales
- Il faut être capables de traiter la maladie

3. Messages

1. Les politiques doivent refléter les réalités : éducation
2. Ne pas avoir recours aux compressions pour réduire le déficit; le système doit conserver ses fonds
3. Les déterminants de la santé doivent être le moteur de changement et la base du financement
4. Il faut régler ce manque de volonté au niveau provincial
5. Prendre en considération le livre vert *Stratégies pour la santé de la population - Conférence des ministres fédéral/provinciaux de la Santé, septembre 1995*
6. Changement dans les structures de financement; entrée en solo des groupes de pratique dans le réseau
7. Trois enveloppes de financement - services obligatoires - exclusions (obstétrique) - caisse pour les populations à risque
8. Présenter le besoin de changement aux Canadiens : l'expliquer,cerner les résultats, en faire la publicité et la promotion
9. Engendrer un débat national sur ces sujets : santé et soins de santé
10. Assurer la participation publique dans le processus décisionnel
11. Définir «communauté» et «organisations communautaires» et les faire participer
12. Besoin d'une force/présence nationale puissante
13. Reconnaître que la volonté politique est une réalité, mais qu'elle ne doit pas nous immobiliser
14. Poursuivre le débat national
15. Obtenir et se servir de données probantes pour accroître l'efficience
16. Trouver d'autres façons à l'extérieur du système de soins de santé de fournir des services aux personnes

ayant un handicap

17. Avoir recours au développement communautaire à la base pour améliorer la santé et les soins de santé et pour promouvoir le changement au niveau provincial
18. Carence en services personnels; trouver des façons de les fournir aux personnes ayant un handicap (services vitaux - transport..)
19. Regroupement des niveaux fédéral et provinciaux et des communautés pour établir un dialogue et un scénario pour la prestation de services
20. Créer une vision de la santé et des soins de santé au Canada, fondée sur des données probantes, appuyée et respectée
21. Trouver de nouvelles façons de fournir les services, avoir des modèles déjà en place comme source d'inspiration pour d'autres communautés
22. Se servir du financement pour examiner la structure du système
23. Changer d'incitations pour entraîner et/ou encourager un changement de comportement
    - pratiques qui gardent les gens en santé
    - activité communautaire
    - obtenir le résultat désiré des services
24. Élaborer un projet de loi national établissant les objectifs et les pratiques de santé (mise en garde : maintenir les principes de la *Loi canadienne sur la santé*)
    IMPORTANT : Il faut que ce soit une entreprise fédérale-provinciale

4. Mot de la fin - Conseils à l'intention du Forum

- Les changements sont pour le plus grand bien de tous
- Les données probantes existent
- Maintenir la priorité des soins de qualité (niveau)
- Faire disparaître les obstacles qui se posent pour les personnes ayant un handicap, les personnes âgées et les Autochtones
- Se servir de jugement, ne pas se livrer à un jeu politique
- Continuer de créer des occasions pour faire connaître le programme d'action du Ministre
- Inclure les jeunes au nombre des intervenants
- Cerner les valeurs, de même que les priorités
- Se servir de l'information qui existe déjà et des outils d'aide à la décision
- Se concentrer sur les incitations, aller de l'avant!
- Actions et incitations correspondant aux paroles
- Le Forum sur la santé se chargera des questions de haut niveau :
  1) Valeurs
  2) Financement/rémunération/incitations
  3) Rapports du système
- Habiliter les personnes qui peuvent apporter des changements à le faire
- Investir dans des modèles de recherche, de prestation de services de santé et de communautés en santé
- Coordination systématique de ce qui précède

Groupe 6
Le dimanche 21 avril

1. Revue/synthèse des discussions du samedi

- La crise dans le financement des soins de santé n'est pas attribuable à la politique sociale - il ne faudrait pas lui faire subir le gros de la baisse
- S'assurer que les services communautaires sont en place avant de fermer les portes des établissements
- On critique le système actuel, mais en existe-t-il un meilleur? - Il faut continuer d'améliorer la *Loi canadienne sur la santé*
- Il faut un consensus sur les valeurs
- L'objectif est la santé en général - il faut considérer des déterminants élargis
- Nous avons discuté du système de soins de santé, mais quels sont nos valeurs et objectifs par rapport à la «santé»?
- Il faut une nouvelle vision de la santé - au-delà des soins de santé
- Les soins de santé ne sont pas une «marchandise»
- Il n'y a pas eu beaucoup de discussions au sujet des conséquences sur les ressources humaines/les affaires de l'industrie de la santé
- Les décisions sur la santé et les soins de santé devraient être fondées sur des données probantes, mais il n'y a pas de consensus sur ce qui constitue une donnée probante
- Autres facteurs - attentes culturelles
- Impact d'une démographie en évolution - n'a pas été discuté
  - préparatifs en vue d'une population vieillissante
- Il faudrait un processus réunissant tous les groupes d'intérêt
- Manque antérieur d'idées novatrices
- Incidence des réformes - niveau de réglementation - sur la santé et l'organisation des services - p. ex. au sujet de l'accessibilité (principes - *Loi canadienne sur la santé*)
- Les coûts des soins de santé n'ont pas augmenté, exception faite des médicaments; les dépenses canadiennes pour les autres services sociaux sont parmi les plus basses au niveau international)

2. Messages clés

- Déplacer l'accent vers :
  - la définition des professions et des rôles - pas seulement les médecins
  - soins de santé - publics, privés et médecines douces (c.-à-d. plus que la simple fonction publique)
- Il est nécessaire d'apporter des changements au niveau de la protection du territoire («chasses gardées»)
- Considérer les véritables tendances/a[illegible]entation des dépenses pour la santé : surtout les médicaments
- Il faut toujours travailler sur la définition de la «santé»
- Le système doit changer de direction pour se concentrer sur la santé et non sur les soins de santé
- Il faut un mécanisme pour étudier la question de la protection du territoire et créer une plus grande compréhension entre les fournisseurs
- Il faut apprendre à communiquer - on parle trop et on n'écoute pas assez
- Il ne s'agit pas simplement de communiquer avec les fournisseurs
  - il faut s'assurer que les attentes des consommateurs sont conformes à la réalité du système
- Les choix doivent être fondés sur des valeurs et des principes moraux
  - humains, non économiques
  - se rapprocher des individus
- Changer le rôle des F/P, au sujet de la régionalisation

- Autonomie professionnelle
- Quelle est la définition de la nouvelle réalité - qu'est-ce que les $ permettront
  - comment les répartir
  - qui en souffrira
  - objectifs humanitaires et axés sur les clients - les questions professionnelles sont moins importantes (il ne faut pas nécessairement appuyer/désirer quelque chose; est-ce que «ne peut pas» signifie ne peut pas ou ne veut pas)
- Il faut des processus pour la prise de décisions et de la coopération multidisciplinaire
  - au-delà de la santé - dans d'autres secteurs
- S'appuyer sur les principes de la *Loi canadienne sur la santé* - mais c'est également une question de financement

3. Mot de la fin - Conseils à l'intention du Forum

- Désir de préserver la plus large partie du système face aux menaces de compressions - le système n'est pas financé à l'excès - pressions exercées pour l'adoption du modèle américain (privé)
- La conception de meilleures façons d'utiliser les données probantes - mènera à une utilisation plus rationnelle des ressources
- Engagement envers les déterminants de la santé - la répartition des ressources nécessitera un examen intersectoriel
- Qui peut avoir de l'influence - rôle pertinent des gouvernements F/P/T et des régions
- Il faut se servir des données probantes relatives aux déterminants de la santé - cyclique
  - donner suite à ses paroles : données probantes disponibles
- Des $ devraient être prévus pour intégrer de façon adéquate l'obligation de rendre des comptes dans le système
- Dans les cas de privatisation - le service est devenu plus coûteux que lorsqu'il était assuré par des bénévoles
- Sous-traitance - une fuite à l'extérieur de la communauté
- Il faut comprendre le rôle des leviers (au sujet du financement) au niveau local - normes nationales
- Les marchés concurrentiels ne répondent pas mieux aux besoins des clients
- Sécurité d'emploi pour les employés des soins de santé
- Nous ne voulons pas que les pauvres souffrent - services pour ceux qui ont des $$ - la santé ne doit pas être un privilège
- ALÉNA - impact/irréversible: tendance à la privatisation
  - penser aux répercussions élargies de la concurrence
- Il ne faut pas laisser le système à deux niveaux prendre racine au Canada
- S'il s'agit de santé - déterminants de la santé, besoin d'éduquer le public au sujet des orientations
- La conférence a négligé la participation des médecins de première ligne - il faut voir à ce que les médecins des divers champs de compétences participent
- Fardeau pour les familles : cas en phase terminale - ne pas leur retirer les «choix»
- On ne communique pas assez avec les véritables fournisseurs et les Canadiens
- Il faut faire davantage : évaluation des besoins; se fier davantage à la sagesse communautaire
- La protection du territoire passe encore en premier
- Se rappeler du grand nombre de bénévoles et reconnaître leur contribution (p. ex. impôt sur le revenu) - rôles
- Tâcher d'engager un débat informé au sein de la communauté - écart entre ce que les défenseurs préconisent et les points de vue de la communauté
- Les déterminants de la santé englobent la responsabilité de la Santé, plus les Finances et autres

ministères

- Les besoins des communautés à risque ne sont pas toujours pertinents - certaines solutions maison simples sont préférables
- Santé - holistique - multidisciplinaire et comprend d'autres secteurs
- Mise en garde au sujet de la capacité du secteur bénévole d'absorber les «compressions» imposées au système officiel
- L'administration des affaires de l'État providence a diminué; considérer l'aspect revenus de même que les compressions
- Possibilité pour les bénévoles de rendre attrayant un système moins coûteux
  - pas nécessairement vrai
- En même temps, des compressions pour les organismes qui recrutent des bénévoles
- Répercussions de l'entrée en scène de professionnels non réglementés
- Les histoires communautaires constituent des «données probantes» - il faut les consigner
- Évaluation des besoins, non au niveau individuel mais pour la communauté
- Réforme de la réglementation/décentralisation
  - il faut qu'elle améliore vraiment la participation communautaire (valeurs)
- Conserver certains pouvoirs pour la coordination au niveau fédéral et un rôle de «gardien»
- Préserver l'autonomie professionnelle des médecins et des rôles généraux, meilleur porte-parole du patient
- Rapports médecin-autres fournisseurs-patient : clé
- Le médecin devra transformer sa pratique à mesure qu'on se tourne vers les déterminants de la santé
  - il faudra trouver des moyens d'inciter les médecins à participer
- Le nombre croissant de groupes professionnels fait monter les coûts
- On entend beaucoup parler de conservation des rôles professionnels
- Pas de $$ pour des soins plus économiques (p. ex. remplacement de hanches) VS haute technologie (chirurgie cardiaque) - les besoins doivent être fondés sur des données probantes et des résultats
- Pressions en vue de faire concurrence aux É.-U. - mène à des pressions en vue de copier d'autres éléments du système américain - il faut y résister
- Au lieu de toujours s'enquérir des besoins seulement - s'informer sur ce qui fonctionne bien
- Examiner l'impact des soins de santé sur d'autres aspects de la vie
- Les travailleurs de première ligne sont souvent les premiers à partir - incidence sur la qualité des soins (infirmières - préposés à la blanchisserie)
- Le rôle du bénévole ne doit pas être aux dépens des soins formels
- «Course vers le bas» - temps partiel, etc.
- Examiner les innovations au Québec, etc.
- On ne tient pas compte des bonnes idées des intervenants de première ligne - pas par l'intermédiaire des organisations qui les représentent
- Nous prévoyons un plus grand recours aux bénévoles; politique «par la porte arrière», démantèlement des politiques actuelles lorsqu'elles ne répondent pas aux besoins à venir
- Nombre accru de problèmes au sujet de : respect de la personne pour sa propre santé et en tant que bénévole
- On met encore l'accent sur la réduction du déficit

Groupe 7
Le dimanche 21 avril 1996

1. Revue/synthèse des discussions du samedi

- «privé VS public», beaucoup de discussion à la conférence - préoccupations au sujet de sa signification
- changement de cap, de la santé aux soins de santé - satisfaits, mais ne pouvons simplement en parler - il faut que ça se fasse
- Surpris par le consensus
- Consensus sur les valeurs
- Besoin d'un équilibre fluide :
  - équité
  - réforme des besoins
- Se préoccupe que la discussion était philosophique plutôt qu'axée sur l'action
- Surpris du problème de moral au sujet de : professions - en majorité médicales
- Heureux au sujet du plus grand accent mis sur le mieux-être - santé - politiques sociales
- Plus d'attention à l'aspect culturel
- Valeurs autres que nord-américaines
- Heureux qu'on aborde la question de la prise de la décisions fondées sur des données probantes
- Structure d'information sur la santé
- Il est difficile d'obtenir l'acceptation universelle de la définition des données probantes
  - on s'inquiète de ce que les décisions ne soient pas fondées sur des données probantes
- Obligation de rendre des comptes - il est important que apprennent à rendre des comptes
  - patients
  - fournisseurs
- Attendus depuis longtemps dans le système des soins de santé
  - besoin d'obligation de rendre des comptes sur le plan financier
  - besoin d'une meilleure gestion
  - des ressources seront libérées pour d'autres fins
- Comment pourrons-nous financer le système de soins de santé si nous ne cherchons pas des ressources ailleurs - il faudra peut-être considérer la privatisation
- Dévolution à un niveau inférieur et aucune obligation de rendre des comptes au niveau national
- Responsabilité communautaire
- Préoccupations : disparités dans le système des soins de santé pour les communautés autochtones
  - ne jouissent pas du meilleur système de soins de santé
  - ne peut faire une déclaration générale
  - inégalités
- Le FORUM NATIONAL SUR LA SANTÉ doit combattre deux tendances
  - protéger le système de soins de santé contre les menaces
  - établir l'équilibre et se servir de données probantes
- Le niveau de santé des Canadiens est menacé - comme en Europe de l'Est
  - le Forum doit livrer des messages sur la santé des enfants, le travail
- Surpris de l'émotivité entourant la question des médicaments
  - il faut considérer l'obligation de rendre des comptes
- Préoccupation au sujet de la perte de «l'universalité» lorsqu'il est question de préserver le système de soins de santé - Parlons-nous d'universalité (perdue avec les pensions)

2. Obligation de rendre des comptes (à tous les échelons)

- Le gouvernement fédéral doit maintenir ses leviers à l'appui des cinq principes de la *Loi canadienne sur*

la santé au moyen d'un financement de soutien efficace - universalité

- Si le gouvernement fédéral doit établir les règles (objectif), il doit financer les services
- Insister pour que le gouvernement fédéral pose des conditions au financement
- L'obligation de rendre des comptes est dévolue au consommateur
  - il faut qu'on sache que le système n'est pas gratuit
  - les consommateurs doivent être comptables
  - pas seulement une question de responsabilité - il faut de l'éducation pour appuyer ce changement de paradigme
  - nous devons, comme individus, nous défaire du mythe que le filet de sécurité sociale prendra soin de nous
- Le gouvernement fédéral doit maintenir son rôle de fiduciaire pour les Autochtones en matière de santé
- Obligation de rendre des comptes - financière, personnelle, fournisseurs, il y a plusieurs domaines
- Il faut maintenir le rôle traditionnel du gouvernement fédéral face au maintien de la *Loi canadienne sur la santé* (maintenir les leviers; ne doit pas réduire les paiements de transfert en-dessous du niveau actuel)
- Besoin d'éducation pour encourager l'obligation de rendre des comptes aux autres niveaux/intervenants
- Les compétences provinciales seront plus vulnérables - les régions, aussi, seront plus vulnérables
- Qui paiera pour l'éducation - ne doit pas être un ajout, mais faire partie de tout ce que nous faisons
- Nous ne pouvons changer la société du jour au lendemain - ajouter un cours dans les écoles secondaires pour renseigner les étudiants sur l'utilisation du système
- La privatisation peut être utile, si le gouvernement exerce des contrôles, p. ex. les normes de soins
- Quelle est cette décision d'orienter les soins vers la communauté, selon des données probantes?
  - si l'on prend cette direction, s'assurer qu'on s'appuie sur des données probantes
- Les décisions sont politiques
- Il existe des données probantes à cet effet, p. ex. l'étude Queen's; la question, c'est comment procéder
- La privatisation est une toute autre affaire - recherche de nouveau financement
- Si des systèmes parallèles (public-privé) sont établis, les services au public en souffriront
  - le secteur privé assure les services de façon efficace
- Le raffermissement du besoin de décisions stratégiques a été suffisamment mis à l'épreuve
  - apprendre par expérience
  - le système doit répondre aux besoins
- C'est bien de refaire l'équilibre vers la communauté, mais qui? Le Québec a ses CLSC, mais le reste du Canada, alors?
- Quel est le plan, où se dirige-t-on? - Niveau provincial
  - Il faut un plan pour ce changement
- Le Forum national sur la santé doit chercher d'autres leviers, en plus des $$, songer à la «normalisation» à l'échelle du système - «Transférabilité»
- Il revient au gouvernement provincial d'administrer le système - quel est le rôle du fédéral?
- Le changement qui se produit dans le système de santé n'est pas «politique»
  - le processus est politicisé
  - l'orientation est apolitique
- On a l'impression d'une érosion de l'universalité

3. Mot de la fin - Conseils à l'intention du Forum

- Obligation de rendre des comptes
- Accessibilité
- Le mouvement vers le concept de la santé
- Coordination des services de tout ce qui touche à la santé : «point d'entrée unique»

Groupe 8
Le dimanche 21 avril 1996

1. Revue/synthèse des discussions du samedi

- Il faut protéger les cinq principes, tout en revoyant le critère «nécessité médicale» - moderniser la *Loi canadienne sur la santé*
- Il y a suffisamment d'argent dans le système; laissons la *Loi canadienne sur la santé* telle quelle
- Le secteur public devrait être le premier choix/avoir chance égale dans la prestation de services
- Préoccupation/questions au sujet de «l'inévitabilité» du changement et l'adéquation des tendances
  - p. ex. la privatisation
- Il faut considérer le facteur santé dans les décisions gouvernementales des secteurs autres que la santé qui affectent les déterminants de la santé
- La répartition des ressources doit être fondée sur les données probantes (apolitique)
- Nous voulons un processus de prise de décisions rationnel et apolitique
- Ne détruisons pas les soins de santé - gens malades - en mettant l'accent sur la santé - gens en santé
- Il faut prendre garde d'adopter une approche trop agressive en déterminants de la santé
- La régionalisation soulève des inquiétudes au sujet du maintien des services au niveau local

2. Impact au niveau de la santé et du système de soins de santé

- Conflit entre la médecine fondée sur des données probantes et les déterminants de la santé
  - demandons des preuves de l'efficacité des services tout en acceptant d'emblée le dogme des déterminants
- Dilemme au sujet des différents types de «données probantes» acceptables
- Possibilité de conflit entre «données probantes» et «valeurs»
- Intérêts/besoins individuels VS collectifs
- Possibilité de conflit entre les quatre thèmes
- Les valeurs clés sont négligées (p. ex. choix/liberté personnelle), ce qui créera de la confusion dans la prise de décisions
  - p. ex. désir de décisions apolitiques VS obligation gouvernementale de rendre des comptes en cas de possibilité de conflit
- Il faut plus d'une seule «solution» et de compromis pour équilibrer les quatre thèmes
- Il est plus facile d'informer le consommateur grâce aux progrès de l'information technologique
- Déterminer des principes de base, cerner les besoins en matière de services et tenir compte de la qualité
- Il ne suffit pas de reconnaître les dimensions ethno-culturelles; ne sommes pas sûrs que l'approche fondée sur des données probantes appuie cette théorie (il faut réorienter la recherche)
- Où se trouve le fardeau de la preuve?
- Il faudra décider franchement si nous pouvons nous permettre financièrement d'éviter les compressions
  - p. ex. payer pour des services qui ne seraient plus assurés

3. Nouveaux courants de pensée

- Nouvelle façon d'encourager le financement et d'orienter la recherche
- Les compressions et la régionalisation étouffent la recherche (la priorité est accordée à la recherche axée sur les résultats et aux essais cliniques)
- Il faut de la recherche sur l'organisation et la prestation des services, l'éducation des consommateurs, etc.
- Dépenses énormes au sujet des systèmes de données = besoin de réduire le coût des données
- Il faut de meilleurs systèmes d'information pour une prise de décisions plus rapide et pertinente et une

surveillance

- Il faut une meilleure analyse des changements pour identifier les causes
  - p. ex. impact de la technologie
- Il faut une évaluation assez large de la technologie (rôle de l'OCCÉTS)
- Qu'entend-on vraiment par protection des soins de santé dans un contexte de système de santé
- L'approche des déterminants de la santé - avantages différents de ceux du système de soins de santé
- La régionalisation peut créer de trop petites unités de soins
- Tendances divergentes : rapprochement des soins aux patients VS connaissances et expertise de plus en plus transportables
- Il faut combiner les ressources locales de soins primaires et les ressources spécialisées nationales
- Il faut développer l'éducation ethno-culturelle et l'identification des besoins
- Il faut augmenter la dissémination de l'information dans les bases de données/systèmes actuels et futurs
  - p. ex. une source centralisée d'information améliorerait l'accès à l'information
- Besoin d'identifier et de réduire le gaspillage
- Il faut revoir les activités actuelles dans une perspective de déterminants de la santé pour améliorer la coordination et supprimer le double emploi

Autres idées

- Éducation culturelle/projet de recherche du Bureau du Sida du ministère ontarien de la Santé
- Vancouver (C.-B.) - 22 organismes reçoivent un financement pour le développement de ressources sensibilisées à la culture
- Les compressions ont créé une attitude défensive - il faut déterminer ce qui suit les compressions et concevoir un système de suivi
- Université de la Colombie-Britannique - une initiative détaillée en thérapeutique au sujet des pratiques de prescription (dirigée par des médecins)
- Inventaire des pratiques en collaboration
- Éduquer les consommateurs
- Projet communautaire de dépistage du centre de santé de Regent Park
- Service d'information sur la santé des consommateurs dans une bibliothèque du Toronto métropolitain
- *Westcare Consortium Project* - planification de soins intégrés pour les résidents de la région

4. Mot de la fin - Conseils à l'intention du Forum

- Évaluer les initiatives de politiques de santé
- Rendre les données moins coûteuses et plus disponibles
- Donner plus d'autonomie aux consommateurs au moyen d'une meilleure information, de sorte qu'ils puissent travailler avec les fournisseurs
- Participation des consommateurs à la prise de décisions
- Reconnaître que certains services spécialisés dépassent les compétences régionales ou provinciales
- Une plus forte présence du fédéral dans l'élaboration de politiques
- Reconnaître l'inévitabilité des compromis
- Reconnaître d'autres valeurs (choix, liberté)
- Besoin de données probantes pour examiner les interventions touchant les déterminants
- Tirer profit des succès réalisés ailleurs
  - p. ex. Violence familiale - Jamaïque
- Nous voulons une matrice de politique sur la façon de prendre des décisions relatives à la répartition des ressources en vue de faire l'équilibre entre les intérêts/besoins individuels et collectifs

Groupe 9
Le dimanche 21 avril 1996

1. Revue/synthèse des discussions du samedi - Messages clés

- Les restrictions financières sont le moteur du processus
- Les changements dans les soins de santé sont poussés par l'harmonisation internationale, p. ex. les accords commerciaux
- La population et les intervenants de la santé ne savent pas clairement où les gouvernements nous entraînent en ce qui a trait au système de santé
- Le changement est également dicté par l'optimalisation des ressources
- La prise de décisions fondées sur des données probantes est importante, mais n'est qu'un des outils parmi les autres - non une panacée
- Nous craignons que le débat n'arrive trop tard
- Le Forum semble supposer au départ qu'il n'y a plus d'argent
- Il faut différencier entre coût et prix, p. ex. la consommation de médicaments augmente
- L'utilisation de l'information et de la nouvelle technologie est vitale, et pour l'éducation des professionnels et pour le consommateur
- Les valeurs des Canadiens - reflètent le fait qu'un système public est plus apprécié qu'un système privé/deux niveaux
- Si le gouvernement fédéral songe sérieusement à réformer la *Loi canadienne sur la santé*, il devra joindre l'acte ($$) à la parole
    - réaffectation des fonds à l'intérieur du système
    - paiements de transfert
- La prestation des soins de santé n'est pas une marchandise - c'est un droit des citoyens
- Il faut un système national, public
- Le rôle fédéral est d'appliquer la *Loi canadienne sur la santé* = $$$
- Le public/les patients doivent être l'âme du système
- Adopter une approche graduelle qui est une évolution, non une révolution, assortie d'une évaluation et d'essais pilotes, p. ex. prendre un secteur d'une province comme région pilote
- L'évolution est déjà en cours - les compressions accrues nous mènent déjà vers un système à deux niveaux
- Le rôle du fédéral et du Forum diminue à cause du rôle accru des provinces
- Les changements sont dictés par des facteurs qui ne reflètent pas les valeurs/la volonté des Canadiens
- Restrictions financières - il faut s'en accommoder
- Relever les défis à partir de l'intérieur du système, non par des bureaucrates de l'extérieur

2. Répercussions futures

- Supposer que les restrictions financières persisteront - trop à court terme?
- Voir aux faiblesses du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux - le plancher n'est pas solide
- Abaisser le plancher diminue la capacité du fédéral d'appliquer la *Loi canadienne sur la santé* - y a-t-il un programme d'action caché?

La solidarité canadienne s'effrite et nous nous américanisons. Ce n'est pas ce que nous voulons - nous avons besoin de leadership

- Nous voulons préserver le système canadien de soins de santé et nous voulons un message clair de la part

du gouvernement

- Nous faisons la distinction entre prestation de services à but non lucratif et à but lucratif
- Les compressions manquent de vision
- Il faut enseigner une éducation physique préconisant la santé dans les écoles
- Hausse des coûts à cause d'une population vieillissante
- Geler le plancher au niveau de 1993
- L'argent économisé grâce aux compressions aux soins de santé peut être dirigé vers la santé
- Il y a des décisions/sujets fondées sur des valeurs à l'intérieur du système qu'il faut prendre en considération
- La santé ne vient pas du système de soins de santé
- Les soins de santé sont une composante de la santé
- On ne peut se servir d'un système fondé sur la maladie pour en arriver au mieux-être
- La crise de capitaux pousse les gouvernements à chercher des sources de «profits» - ils ne regardent pas ailleurs
- Le Forum met le processus en branle/les établissements évaluent les effets des politiques gouvernementales et des changements sur la santé et le système de soins de santé

Groupe 10
Le dimanche 21 avril 1996

1. Revue/synthèse des discussions du samedi

- Médicaments (coût élevé)
- Liberté de choix en soins de santé
- Appui à la *Loi canadienne sur la santé*; aussi, élargissement de nos discussions sur la santé
- Ouverture aux idées nouvelles
- Importance/conscience de la tendance vers la santé, la promotion de la santé
- Un système de santé fondé sur des valeurs, axé sur les gens
- Des budgets qui reflètent davantage les objectifs de santé, avec un plus grand accent sur les soins de santé primaires
- Concept élargi de la santé
  - p. ex. emploi, enfants
- On s'inquiète de ce que la tendance vers la santé ait un impact sur le système de soins de santé
- La *Loi canadienne sur la santé*, cadre permanent de discussion

2. Messages et enjeux clés

Si vous étiez ministre de la Santé, dans quel domaine interviendriez-vous?

- Continuer à administrer le système de soins de santé et se faire le défenseur de la santé
- Ériger des structures/systèmes à l'appui du mouvement vers les soins communautaires
- Il faut créer un système d'information solide fondé sur des données probantes - intégrer les systèmes
- Rassembler un groupe de travail composé d'experts en mieux-être
- Mettre l'accent sur la dissémination d'information (et assurer l'accès à cette information)
- Continuer à investir pour le futur (p. ex. recherche et développement en promotion de la santé, développement communautaire)
- Réévaluer le concept d'intégralité à partir d'une approche fondée sur des données probantes - est-il suffisamment large?)
- Mettre en oeuvre une politique/un programme de santé nationale - rendant le gouvernement fédéral plus responsable de certains domaines de la santé (p. ex. hygiène publique) - les provinces resteraient responsables de la prestation des services de santé

Que faut-il au Forum pour faire avancer ce programme?

- Songer à concevoir un cadre pour une politique de santé - objectifs de santé, promotion de la santé et prévention, définir ce qu'est la santé
- Examiner/établir des critères d'évaluation de la médecine (traditionnelle et parallèle) et des systèmes de soins de santé
- Expliquer les enjeux au public (p. ex. bulletins mensuels au public et aux fournisseurs de soins); mais le fardeau de connaissance ne peut retomber sur le public seulement
- Former un groupe ayant de l'expertise en marketing et en dissémination des résultats de recherche sur la santé

3. Nouveaux courants de pensée

- Recommander une réforme gouvernementale mettant l'accent sur la santé de la population
  - plus grande intégration des ministères
- Discussions de stratégie / «comment procéder»

- Dissémination des concepts/résultats de la conférence au public
- Il faut reconnaître et accepter le fait que les gens savent ce dont ils ont besoin pour leur santé
- À quoi ressemblerait le système de soins de santé sans le partage fédéral-provincial actuel des responsabilités?

4. Mot de la fin - Conseils à l'intention du Forum

- Maintenir notre système de soins de santé financé publiquement en maintenant (ou réduisant) le partage public-privé actuel : 72 % - 28 %
- Lignes directrices pour «faire l'équilibre» entre l'érosion et la transformation du système
- Comprendre les déterminants holistiques de la santé
- Messages clairs et précis - besoin d'un leadership dynamique
- S'assurer que quelque chose se produise dans un avenir rapproché
- S'efforcer de maintenir les politiques qui encouragent l'ouverture d'esprit et une valeur accessible à l'échelle des provinces, pas seulement fondée sur des facteurs de coût
- Il faut une meilleure compréhension de la façon dont les $$ pour les soins de santé sont dépensés au Canada - la budgétisation ne reflète pas la façon dont les soins de santé sont dispensés
- En comprimant les services disponibles, il faut se demander si la population devrait avoir accès à ces services
- Processus du Forum - propriété élargie et mesures d'intervention
- Le système de soins de santé est une valeur fondamentale pour les Canadiens
- Un seul système de santé
- Les recommandations du Forum formeront un cadre positif avec des outils...

Groupe 11
Le dimanche 21 avril 1996

1. Revue/synthèse des discussions du samedi

- Consensus presque général
  - prudence
  - besoin de tempérer les positions
  - sensibilité
- Représentation excessive de «l'approche des systèmes»
- Une approche équilibrée donne le ton
- Les questions de conflits/définitions ont causé de la confusion
- Nous avons le sentiment de ne pas avoir de point de mire/accord sur le cadre, mais après?
- Si nous avions eu plus de temps, le consensus ne serait pas aussi fort
- Confirmation de ce qui a déjà été avancé

À la lumière des messages clés :

- Qu'est-ce que vous entrevoyez comme répercussions/impacts au niveau du système de soins de santé?
- Quels sujets le Forum devrait-il aborder?

2. Thèmes sous-jacents

1. Il faut mieux définir ce qu'on entend par santé universelle, soins de santé au Canada et pour le Canada
2. Réviser et ajuster la *Loi canadienne sur la santé*
3. Moins de différenciation entre les provinces
4. Préciser davantage ce qu'on entend pas «nécessité médicale» dans la *Loi canadienne sur la santé*
5. Qu'entend-on par intégralité - préciser davantage
6. Besoin de normes nationales et d'une présence fédérale fermes
7. Il faut appuyer la décentralisation et la créativité au niveau régional
8. Le Forum regroupe principalement des intervenants de la santé - il faut aussi d'autres parties intéressées
   - p. ex. «représentation financière»
9. «Les soins de santé primaires doivent avoir la priorité» - sommes-nous prêts à remanier nos priorités à l'intérieur du système? - Besoin de faire l'équilibre
   - p. ex. promotion de la santé - protection de la santé, etc.
10. Fonctionner selon ses «moyens» - besoin d'établir des priorités, de faire des choix selon les ressources dont nous disposons (dans l'enveloppe santé/soins de santé)
11. *Loi canadienne sur la santé* - traiter de ce qui est «nécessaire» pour la santé
12. Besoin d'un financement fondé sur la population et sur une liste de contrôle en ce qui a trait aux soins primaires
13. Les discussions sur les financies et les politiques doivent interagir avec l'arène politique
14. Le Forum doit créer des liens regroupant tous les intervenants
    - p. ex. «Forums de politique provinciaux»
15. Nos théories sur ce qui est réaliste restreindront les idées émergentes ou novatrices
16. Le Forum doit présenter ses idées et conclusions aux Canadiens

3. Nouveaux courants de pensée

1. Créer un mécanisme à l'intérieur duquel les discussions sur la santé/système de soins de santé sont

menées dans un contexte tripartite
   - santé
   - sécurité du revenu
   - éducation
2. Établir au niveau local un service à multiples liens astreint à des normes de santé et de soins de santé clairement définies
3. Concevoir un système national de données à enchaînement tripartite (santé, sécurité du revenu, éducation)
4. Assurer l'accès aux données probantes (système national de données) dans la prise de décisions sur les soins de santé
5. Accorder une attention aux personnes qui oeuvrent à l'intérieur du système - réorienter, réinvestir et adapter les ressources selon les besoins futurs
6. Créer un genre de mécanisme pour la planification des ressources humaines à l'échelle du système de santé/soins de santé (pourrait être parallèle au système mentionné au numéro 1)
7. Rendre la liste de contrôle obligatoire
8. Établir une base de sécurité minimum à l'appui d'une approche interprovinciale dans le domaine de la santé/des soins de santé
9. Établir un cadre pour la prise de décisions, qui tient compte des besoins de la population en matière de santé - «un cadre public» mettant en oeuvre une planification du cycle de vie pour améliorer la santé de la population
10. Étudier les modèles qui ont réussi dans d'autres pays

4. Mot de la fin - Conseils à l'intention du Forum

1. Essayer de tenir compte des choses qui sont importantes, non seulement des besoins urgents
2. Il faut encourager les médias à traiter de ces sujets, non seulement au moyen d'un «clip de 30 secondes»; le Forum devrait sensibiliser les médias aux véritables enjeux
3. La technologie - son incidence sur la santé et les soins de santé - il faut en évaluer l'utilisation/le rôle, de façon responsable. Elle s'amène rapidement et il faut lui porter attention!

Groupe 12
Le dimanche 21 avril 1996

1. Revue/synthèse des discussions du samedi

- Plus d'information sur le financement de la santé et des soins de santé
- Médecin : «honoraires à l'acte» - inadéquat
- Pharmacie - le système «honoraires à l'acte» est inadéquat et déficient; étudier d'autres modes de rémunération - formule «Victoria»
- Répartition du financement de la santé dans l'éducation
- Points d'entrée de rechange dans le système, «nouvel» accès
- Évaluation des réformes en cours - évaluation de l'impact; les effets des réformes de la santé n'ont pas été étudiées
- Trop d'importance aux soins aigus à l'intérieur des «soins de santé»
- Qu'est-ce qui est «médicalement nécessaire» et que pouvons-nous nous permettre - pas suffisamment de discussion
- La question du perfectionnement des ressources humaines doit être jumelée aux initiatives de réforme des soins de santé
- Peu d'accent/d'importance accordée aux soins/à la main-d'oeuvre «non rémunérés»; la réforme de la santé a augmenté la dépendance à ce type de soins; répercussions à long terme - surtout sur les femmes
- Traiter les personnes comme des atouts, non comme des fardeaux; le facteur humain de la réforme de la santé

2. Impact/facteurs à considérer

- Haut niveau de stress à cause des changements/de la réforme
- Les ministères doivent travailler ensemble davantage (différents secteurs de gouvernement); de même, accroître la collaboration/coordination au sein du secteur de la santé; coordination des politiques
- Un modèle de régionalisation à l'intérieur des provinces est tenu pour acquis - nécessité d'une dévolution de pouvoirs/pouvoirs nécessaires pour assurer le succès
- La dévolution de pouvoirs doit viser les personnes qui assureront la gestion du nouveau système
- Les consommateurs doivent jouer un plus grand rôle
- La réforme de la santé doit être aussi générale que possible
- Besoin d'appui et de formation pour les personnes affectées par la réforme de la santé; recyclage, capital humain
- Le moral a baissé; aucune planification de transition pour les personnes affectées
- Promouvoir l'éthique et les valeurs dans la prestation des services de santé/soins de santé
- La transition des soins en établissement aux soins communautaires n'est pas coordonnée; manque de planification - carence d'évaluation des changements
- La réalité de la compression des $$ = manque de planification
- Il est irréaliste que la répartition des ressources soit apolitique; quelle est la réalité politique?
- Ne pas perdre de vue les questions de ressources humaines/relations de travail dans l'équation de la réforme de la santé
- Accroître l'obligation de rendre des comptes - élections publiques : des conseils/organismes régionaux
- Il faut mettre davantage l'accent sur des déterminants élargis de la santé - particulièrement chez les enfants - importance du développement dès la petite enfance; changements au Régime de pensions du Canada
- «Fonds» de double prévention
- Stimuler le débat sur ce qui est financé - médicalement nécessaire; services dépareillés à travers le pays

si on en laisse le contrôle aux provinces

- Meilleure compréhension de «médicalement nécessaire»
- Consulter le public sur la question du «médicalement nécessaire»; question explosive, mais une discussion s'impose
- «Cadre» pour faciliter la compréhension de «médicalement nécessaire»
- Meilleure gestion des attentes des consommateurs
- La variation entre les provinces de ce qui est médicalement nécessaire rend tout consensus très difficile
- Il faut «médicaliser» cette pratique/procédure; en d'autres mots, que signifie cette expression?

Médicalement nécessaire

- Les questions d'éthique sont inhérentes
- Aspects culturels à considérer
- Étudier le terme «médical»; en élargir le sens pour inclure une saine alimentation pour les enfants
- Il ne faut pas oublier la vision élargie de la santé - pas simplement des soins de santé
- Fondée sur des données probantes? Médicalisation?
- Lignes directrices nécessaires
- Le contexte de financement ne facilite pas la discussion
- Élargir le contexte de ce qui est «médicalement nécessaire» pourrait créer plus de confusion - désastre
- Le concept du «mieux-être» perd au profit des soins/du traitement
- Consulter le public à ce sujet; besoin de son apport
- Examiner les origines/objectifs de la *Loi canadienne sur la santé*
- La discussion de ce qui est médicalement nécessaire ne doit pas être restreinte à l'aspect financement - s'éloigner de cette tendance

3. Nouveaux courants de pensée

- Santé publique/soins de santé - éducation requise
  - sans tarder
  - exhaustive
- Laisser la compétence en matière de santé et d'éducation au fédéral - créer des conseils régionaux
- Il faut discuter de la rémunération des médecins
- Inclure les enfants dans la prestation de services de santé/soins de santé
- Traiter de la crainte/stress engendrés par la réforme de la santé; présentation du système
- Considérer nos attentes, nos droits
- La planification de politiques/programmes doit tenir compte du capital humain/ main-d'oeuvre «non rémunérés»
- Accroître la créativité de véritables partenariats - secteur privé - optimalisation

4. Mot de la fin - Conseils à l'intention du Forum

- L'utilisation du système par les femmes doit être expliquée et précisée; il ne suffit pas/n'est pas acceptable de simplement affirmer que les femmes sont les plus grands usagers du système
- Donner suite à certaines recommandations du Forum
- Les gens/le public doivent diriger le processus
- Traiter de la disparité urbaine-rurale

ANNEXE E

MEMBRES DU FORUM / FORUM MEMBERS

William R.C. Blundell
Manulife Financial
200 Bloor Street East
Toronto ON
M4W 1E5

Karen Gainer
Gainer & Company
225 Lougheed Building
604 First Street, S.W.
Calgary AB
T2P 1M7

Debbie L. Good
35 Irwin Drive
Charlottetown PE
C1A 4P3

Nuala P. Kenny
Bioethics Education Research
C-5CRC
5849 University Avenue
Halifax NS
B3H 4H7

Richard Lessard
Direction de la santé publique
Régie régionale de Montréal-Centre
3725, rue St-Denis
Montréal QC
H2X 3L9

Eric M. Maldoff
Martineau Walker
Stock Exchange Tower
800 place Victoria
Suite 3400
Montréal QC
H4Z 1E9

Margaret Rose McDonald
P.O. Box 297
Norman Wells NT
X0E 0V0

Louise Nadeau
Département de psychologie
Université de Montréal
C.P. 6128, Succ. Centre-ville
Montréal QC
H3C 3J7

Tom W. Noseworthy
Faculty of Medicine
University of Alberta
13-103 Clinical Sciences Building
Edmonton AB
T6G 2G3

Shanthi Radcliffe
London Inter-community Health Centre
659 Dundas Street East
London ON
N5W 2Z1

Marc Renaud
Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la prévention (GRASP)
2801, boul. Édouard-Montpetit, pièce 162
C.P. 6128, succ. A
Montréal QC
H3C 3J7

Judith A. Ritchie
Dalhousie University
School of Nursing - Room 109
5869 University Avenue
Halifax NS
B3H 3J5

Noralou P. Roos
University of Manitoba
Room SI01
750 Bannatyne
Winnipeg MB
R3E 0W3

C. Lynn Smith
University of British Columbia
Faculty of Law
1822 East Mall
Vancouver BC
V6T 1Z1

Mamoru Watanabe
University of Calgary
Faculty of Medicine
Health Science Centre
3330 Hospital Drive N.W.
Calgary AB
T2N 4N1

Terry Albert
Canadian Policy Research Networks Inc.
250 Albert Street
Suite 430
Ottawa ON
K1P 6M1

Sonny Arrojado
Association of Ontario Health Centres
5233 Dundas St. West
Suite 102
Etobicoke ON
M9B 1A6

Anne Atkinson
Canadian Association
of Health-Care Auxiliaries
885 Melwood Avenue
Ottawa ON
K2A 3C4

Carson R. Atkinson
New Brunswick Ass'n of Nursing Homes
P.O. Box 225
Chipman NB
E0E 1C0

John Atkinson
Canadian Institute for Health Information
377 Dalhousie Street
Suite 200
Ottawa ON
K1N 9N8

Denise Avard
Canadian Institute of Child Health
St-Joseph's Health Centre
268 Grosvenor Street
London ON
N6A 4V2

C.E. Babb
2248 Fairleigh Place
Burlington ON
L7R 1G7

Renaldo N. Battista
Conseil d'évaluation
des technologies de la santé
201, Crémazie Est
Bureau 101
Montréal QC
H2M 1L2

Lillian Bayne
Ministry of Health
1515 Blanshard Street
Suite 5-2
Victoria BC
V8W 3C8

Janet Beaton
University of Manitoba
Faculty of Nursing
218 Bison Building
Suite 217
Winnipeg MB
R3T 2N2

Patsy Beattie Huggan
P.E.I. Health & Community Services
Agency Board
P.O. Box 2000
Charlottetown PE
C1A 7N8

Claire Betker
Youville Clinic Inc.
33 Marion Street
Winnipeg MB
R2H 0S8

Arif Bhimji
Liberty Health
Liberty Centre
3500 Steeles Avenue East
Markham ON
L3R 0X4

Warren Bickford
Health Care Public Relations Association
Public Affairs Department
2180 - 23rd Avenue
Regina SK
S4S 0A5

Anita Biguzs
Treasury Board
140 O'Connor
6th Floor, East Tower
Ottawa ON
K1A 0R5

Ken Boessenkool
C.D. Howe Institute
125 Adelaide Street East
Toronto ON
M5C 1L7

Luc Bolleau
Régie régionale de la Santé
et des Services sociaux du Québec
Complexe Cousineau
5245, boul. Cousineau, Bureau 300
Saint-Hubert QC
J3Y 6J8

Bert Boyd
Vancouver Health Board
601, 1285 West Broadway
Vancouver BC
V6H 3X8

Michel Brazeau
Fédération des médecins spécialistes
du Québec
2, Complexe Desjardins, Porte 3000
CP 216, Succursale Desjardins
Montréal QC
H5B 1G8

Margaret-Ann Brennan
Canadian Health Record Association
1090 Don Mills Road
Suite 501
Don Mills ON
M3C 3R6

James Brookfield
Canadian Dental Association
1815 Alta Vista
Ottawa ON
K1G 3Y6

Kenneth Brown
College of Physicians and Surgeons
of Manitoba
494 St. James Street
Winnipeg MB
R3G 3J4

Carol Brunt
Public Service Alliance of Canada
233 Gilmour Street
Suite 1100
Ottawa ON
K2P 0P1

Cynthia Carver
Health Policy Analyst
R.R. 2
Lanark ON
K0G 1K0

Hélène Choquette
Confédération des syndicats nationaux
Service de recherche
160 Delorimier
Montréal QC
H2K 4M5

May Cohen
McMaster University
1200 Main St. W.
Room 2F23
Hamilton ON
L8N 3Z5

Kathleen Connors
National Federation of Nurses Union
377 Bank Street
2nd Floor
Ottawa ON
K2P 1Y3

Reg Conrad
Canadian Federation of Labour
Ontario Council
25 Trent Avenue
Toronto ON
M4C 5C6

Dan Costello
Prime Minister's Office
Langevin Building
80 Wellington St., Suite 130
Ottawa ON
K1A 0A2

Mathieu Courchene
National Association of Friendship Ctre
396 Cooper Street
Suite 204
Ottawa ON
K2P 2H7

Donald H. Cowan
Canadian Cancer Society
Ont. Cancer Treatment & Res.Found.
620 University Avenue
Toronto ON
M5G 2L7

Margo Craig Garrison
Canadian Lung Association
1900 City Park Drive
Suite 508
Gloucester ON
K1J 1A3

Lois Crowe
Sandy Hill Community Health Centre
221 Nelson Street
Ottawa ON
K1N 1C7

Ruth Ann Cyr
Aboriginal Nurses Assoc. of Canada
1785 Alta Vista Drive
Suite 103A
Ottawa ON
K1G 3Y6

Diana Davidson Dick
Manitoba Assoc. of Registered Nurses
647 Broadway
Winnipeg MB
R3C 0X2

Raisa B. Deber
Canadian Health Economics
Resources Association
McMurrich Building, 2nd Floor
12 Queen's Park Cr. W
Toronto ON
M5S 1A8

Marian Deegan
Youville Clinic Inc.
33 Marion Street
Wnnipeg MB
R2H 0S8

Jean-Pierre Despins
College of Family Physicians of Canada
346 rue Béliveau
St-Léonard d'Aston QC
J0C 1M0

Glen Dewar
Canadian Mental Health Association
National Office
1499A Queen St. West
Toronto ON
M4S 2Z3

Gordon Dickie
College of Family Physicians
2630 Skymark Ave.
Mississauga ON
L4W 5A4

The Honourable David C. Dingwall, P.C.,M.P.
Minister of Health
Brooke Claxton Bldg., 16th Floor
Tunney's Pasture
Ottawa ON
K1A 0K9

Shari Douglas
Palliative Care Volunteer Working Group
Grey-Bruce Home Care Program
920 Firest Ave. W, Suite 301
Owen Sound ON
N4K 4K5

Nancy Dubois
Active Living Canada
1600 James Naismith Drive
Suite 601
Gloucester ON
K1B 5N4

Thomas Dufour
Academy of Medicine
500 Old St-Patrick
Ottawa ON
K1N 9G4

Nap Dupuis
Canadian Assoc. for Community Care
Newfoundland Assoc. of Optometrists
P.O. Box 2284
Station 'C'
St. John's NF
A1C 6E6

Rick Edwards
Canadian Public Health Association
28 Walker Avenue
Toronto ON
M4V 1G2

Mike Egan
Health & Community Services
Agency Board
P.O. Box 2000
4 Sydney Street
Charlottetown PE
C1A 7N8

Michael Eisenstein, N.D.
Canadian Naturopathic Association
4174 Dundas Street W.
Suite 304
Etobicoke ON
M8X 1X3

Judy Erola
Pharmaceutical Manufacturers'
Association of Canada
1111 Prince of Wales Drive
Suite 302
Ottawa ON
K1C 3T2

Helen Evans
Capital Health Board
207-841 Fairfield Road
Victoria BC
V8V 3B6

Ken Ezeard
PEI Health and Community
Services Agency
4 Sydney Street
Charlottetown PE
C1A 7N8

John Feely
Canadian Medical Association
1867 Alta Vista Drive
Ottawa ON
K1G 3Y6

David Forrest
Canadian Association
of Interns & Residents
500-505 University Avenue
Toronto ON
M5G 1X4

Dennis Furlong
Box 1990
Dalhousie NB
E0K 1B0

Carol Gabanna
Health Association of PEI
10 Pownal Street
P.O. Box 490
Charlottetown PE
C1A 3V6

Danny Gallant
Health & Social Services
P.O. Box 2000
Charlottetown PE
C1A 7N8

Franca Gatto
Office of the Minister of Health
Brooke Claxton Building
16th Floor
Tunney's Pasture
Ottawa ON
K1A 0K9

Paul Genest
Office of the Minister of Health
Brooke Claxton Building
16th Floor
Tunney's Pasture
Ottawa ON
K1A 0K9

Valerie Gilbey
University of New Brunswick
Fredericton NB
E3B 5A3

Michele Glassford
National Assoc. of Women & the Law
200 King Street West
Suite 2300
Toronto ON
M5H 3W5

Charlotte Gray
183 MacKay Street
Ottawa ON
K1M 2B5

Catherine Green
National Union of Public
and General Employees
2481 Riverside Drive
Suite 204
Ottawa ON
K1V 8N4

Colleen Greer
St-John Ambulance
46 Wellesley Street East
Toronto ON
M4Y 1G5

Clarence Guenter
PO Box 3596
Canmore AB
T0L 0M0

Terry Gulliver
Canadian Society
of Laboratory Technologists
1092 Topsail Road
M1, C2, Site 11
Mt Pearl NF
A1N 2M3

Gerry Harrington
Nonprescription Drug Manufacturers
Association of Canada
1600 Carling Avenue
Suite 830
Ottawa ON
K1Z 8R7

David Hawkins
Assoc. of Canadian Medical Colleges
774 Echo Drive
Ottawa ON
K1S 5P2

Ambrose Hearn
Ottawa Civic Hospital
1053 Carling Avenue
Ottawa ON
K1Y 4E9

Chris Helyar
COACH, Canada's Health Informatics
Association
Hay Management Consultants
121 King Street West, Suite 700
Toronto ON
M5H 3X7

Gerry Hiebert
Catholic Health Association of Canada
1247 Kilborn Place
Ottawa ON
K1H 6K9

Phyllis Hodges
Alberta Public Health Association
9045 Saskatchewan Drive
Edmonton AB
T6G 2B2

Abby Hoffman
Health Canada
0911A, Brooke Claxton Building
Tunney's Pasture
Ottawa ON
K1A 0K9

Bea Holland
Silver Threads Service
#4 Centennial Square
Victoria BC
V8W 1P7

Margaret Horn
National Indian and Inuit Community
Health Representative Organization
Box 1019
Kahnawake QC
J0L 1B0

Mary Howard
Thames Valley District Health Council
Suite 105, 100 Collip Circle
UWO Research Pk
London ON
N6G 4X8

Rick Hudson
Ministry of Health
1515 Blanshard Street
Suite 5-2
Vancouver BC
V8W 3C8

Nicholas Hurley
Trinity Conception Community Development Corp.
Sheppart Avery Building
Water Street, Box 700
Carbonear NF
A1Y 1C2

Diane Irvine
Canadian Association of University Schools of Nursing
c/o Faculty of Nursing, Univ. of Toronto
50 St-George Street
Toronto ON
M5S 3H4

Elaine Johnston
Northshore Tribal Council
Health Access Centre, Box 28
49 Indian Road
Cutler ON
P0P 1B0

Jean Jones
Consumers' Association of Canada
19 Brentwood Crescent
Dundas ON
L9H 3N2

Tim Julien
Canadian Healthcare Association
17 York Street
Suite 100
Ottawa ON
K1N 9J6

André Juneau
Health Canada
0911B, Brooke Claxton Building
Tunney's Pasture
Ottawa ON
K1A 0K9

Judy Junor
Saskatchewan Union of Nurses
2330 2nd Avenue
Regina SK
S4R 1A6

Liza Kallstrom
BC Health Association
600 - 1333 West Broadway
Vancouver BC
V6H 4C7

Kay Karrys
One Voice
The Canadian Seniors Network
980 Broadview Ave.
Suite 1501
Toronto ON
M4K 3I1

Rob Kimball
Medical Society of Nova Scotia
Box 2467
Windsor NS
B0N 2T0

Tracy Kitch, RN, MSCN
Registered Nurses Assoc. of Ontario
c/o Mount Sinai Hospital - Antenatal Unit
600 University Avenue
Toronto ON
M5G 1X5

Irene Klatt
C L H I A
1 Queen St. E. # 1700
Toronto ON
M5C 2X9

Karen Knelsen
Saskatchewan Registered Nurses Association
2066 Retallack Street
Regina SK
S4T 7X5

Arthur Kube
Congress of Union Retirees of Canada
287 Centrepoint Drive
Nepean ON
K2G 5S1

Judith Kulig
Regional Centre for Health Promotion
and Community Studies
School of Nursing, University of Lethbridge
4401 University Drive West
Lethbridge AB
T1K 3M4

Barbara Lacey
City of Lethbridge
910 4th Ave SO
Lethbridge AB
T1J 0P6

Nathalie Lachance
Métis National Council
130 Slater Street
Suite 650
Ottawa ON
K1P 6E2

Samuel Laldin
Ontario Society of Medical Technologists
234 Eglinton Avenue East
Suite 600
Toronto ON
M4P 1K5

Léo-Paul Landry
Canadian Medical Association
1867 Alta Vista Drive
Ottawa ON
K1G 3Y6

Paul Landry
Association des hôpitaux du Québec
505, boul. de Maisonneuve Ouest
Bureau 400
Montréal QC
H3A 3C2

Guy Le Blanc
Société d'habitation de St-Antoine inc.
7 avenue de l'Église
Saint-Antoine NB
E0A 2X0

Mary Lemyre
National Council of Women of Canada
30 Strathcona Avenue
Toronto ON
M4K 1K7

Jean Lévesque
Association professionnelle des
acupuncteurs du Québec
4822 Christophe-Colomb
Montréal QC
H2V 3G9

Alan Li
Canadian Ethnocultural Council
119 Spadina Avenue
Suite 505
Toronto ON
M5V 2L1

Donna G. Lillie
Canadian Diabetes Association
15 Toronto Street
Suite 800
Toronto ON
M5C 2E3

Clayton Locke
NFLD & Labrador Health Care Assoc.
Bedin Building
1118 Topsil Road, P.O. Box 8234
St-John NF
A1B 3N4

Jean Lowery
Canadian Federation of Business
and Professional Women's Clubs
60 Hanson Road
Unit 131
Mississauga ON
L5B 2P6

Brenda Lundman
Government of Canada
85 Sparks Street
Room 700
Ottawa ON
K1A 0A3

D. Elizabeth Lundrigan
NFLD Public Health Association
P.O. Box 70
Holyrood
Conception Bay Newfoundland
A0A 2R0

Abbyann Lynch
National Council on Bioethics
in Human Research
87 Harper Avenue
Toronto ON
M4T 2L5

Jo-Ann MacDonald
Department of Health & Social Services
Health Policy Research
P.O. Box 2000
Charlottetown PE
C1A 7N8

Sandra MacDonald-Rencz
Canadian Council on
Health Services Accreditation
1730 St. Laurent Blvd.
Suite 430
Ottawa ON
K1G 5L1

Karen MacIntyre
Shannex Health Care Management Inc.
6080 Young Street
Suite 602
Halifax NS
B3K 5L2

Jenesta Maloney
NFLD & Labrador Nurses Union
61 Rowsell Blvd
Gander NF
A1V 2R7

Stan Marshall
Canadian Union of Public Employees
21 Florence Street
Ottawa ON
K2P 0W6

Hume Martin
Essex County District Health Council
4510 Rhodes Drive
Unit 720
Windsor ON
N8W 5K5

Michael McBane
Canadian Health Coalition
2841 Riverside Drive
Ottawa ON
K1V 8X7

Doug McCall
Canadian Association for School Health
2835 Country Woods Drive
Surrey BC
V4A 9P9

Vern McClelland
Twin Rivers Health District Inc.
PO Box 629
Maidstone SK
S0M 1M0

Brian McCoy
Department of Finance
140 O'Connor
East Tower, l'Esplanade Laurier
Ottawa ON
K1A 0G5

Linda McKeown
Canadian Dental Hygienists Assoc.
96 Contrepointe Drive
Nepean ON
K2G 6B1

Keith McLeod
University of Toronto
Editor "Multiculturalism"
371 Bloor Street West
Toronto ON
M5S 2R7

Colin McMillan
Canadian Medical Association
1867 Alta Vista
P.O. Box 8650
Ottawa ON
K1G 3Y6

Campbell Miller
Capital Health Authority
1J2 Walter MacKenzie Center
8440-112 Street
Edmonton AB
T6G 2B7

Diana Moeser
Urban Health Initiative
The Wellesley Hospital
160 Wellesley St. E.
Toronto ON
M4Y 1J3

Randi Monroe
Canadian Association
of Occupational Therapists
QEII Health Sciences Ctre, Dickson Bldg.
5820 University Ave.
Halifax NS
B3H 1V8

Dawood Moola
College of Physicians & Surgeons of Saskatchewan
429 - 4th Avenue N.E.
Swift Current SK
S9H 2J9

Mike Moralis
Ontario Hospital Association
150 Ferrand Drive
Don Mills ON
M3C 1H6

Lillian Morgenthau
Canadian Association of Retired Persons
27 Queen Street East
Suite 1304
Toronto ON
M5C 2M6

Richard O'Brien
Department of Health
1690 Hollis Street
Halifax NS
B3J 2R8

Mary O'Connor
McMaster Research Centre
for the Promotion of Women's Health
1280 Main Street West
KTH 226A
Hamilton ON
L8S 4M4

Camille Orridge
Home Care Program
for Metropolitan Toronto
45 Sheppard Avenue East
7th Floor
Willowdale ON
M2N 5W9

Barbara Ouellet
Health Canada
1906A1, Jeanne Mance Building
Tunney's Pasture
Ottawa ON
K1A 1B4

Costa Papadopoulos
Canadian Chiropractic Association
1396 Eglinton Avenue West
Toronto ON
M6C 2E4

Dianne Parker-Taillon
Canadian Physiotherapy Association
1600 Prom. James Naismith Drive
Suite 713
Gloucester ON
K1B 5N4

Eric R. Parsons
Health Care Corporation of St.John's
South Wing, Waterford Hospital,
Waterford Bridge Road
St.John's NF
A1E 1J8

Dhiru Patel
Canadian Heritage (PCSP)
25 Eddy St.
11th Floor
Hull QC
K1A 0M5

Michel Paul
Comm. santé et services sociaux des
Premières Nations Québec & Labrador
115, rue du Loup
Village Huron (Wendaké) QC
G0A 4V0

John Peddle
NFLD and Labrador Health Care Assoc.
Bedin Building
1118 Topsil Road, P.O. Box 8234
St-John NF
A1B 3N4

Don Perrier
Association of Deans of Pharmacy
c/o University of Toronto
19 Russell Street
Toronto ON
L3P 5X8

David Peterson
Canadian Chiropractic Association
1396 Eglinton Avenue West
Toronto ON
M6C 2E4

Graham L. Pollett
Middlesex-London Health Unit
50 King Street
London ON
N6A 5L7

Jacques Provost
Fédération des médecins spécialistes
du Québec
2, Complexe Desjardins, Porte 3000
C.P. 216, Succursale Desjardins
Montréal QC
H5B 1G8

Allen G. Prowse
The Canadian Red Cross Society
5700 Cancross Court
Mississauga ON
L5R 3E9

Michael M. Rachlis M.D.
13 Langley Avenue
Toronto ON
M4K 1B4

Peter Ramsay
Regional Services Centre
East Prince Health
109 Water Street, Summerside
Charlottetown PE
C1N 5L2

Doug Rapelje
National Advisory Council on Aging
44 Glenayr Place
Welland ON
L3C 3M7

Claude Renaud
Collège des médecins de famille du Canada
2630 Skymark
Mississauga ON
L4W 5A4

Blair Richardson
Canadian Home Care Association
St-Elizabeth Health Care
10 Gateway Blvd.
Suite 650
Don Mills ON
M3C 3A1

Daphne Robinson
Carbonear General Hospital
Avalon Health Care Institutions Board
86 Highroad South
Carbonear NF
A0A 3X0

Donna J. Roe
Victorian Order of Nurses for Canada
5 Blackburn Avenue
Ottawa ON
K1N 8A2

Susan Roher
Canadian Association of Social Workers
3560 Bathurst Street
North York ON
M6A 2E1

Lorna Romilly
Romilly Enterprises
Healthcare Consultant
4015 St. Albans Avenue
North Vancouver BC
V6J 1S9

Lorna Romilly
Canadian College of
Health Service Executives
P.O. Box 5375
London ON
N6A 4G5

Katharine Roney
The Royal Canadian Legion
359 Kent Street
Ottawa ON
K2P 0R7

Eleanor Ross
Canadian Nurses Association
Women's College Hospital
76 Grenville Street, Room 641
Toronto ON
K1P 1B2

Kathy Rothwell
Liberal Caucus Research Bureau
180 Wellington Street
Ottawa ON
K1A 0A6

Edward Rzadki
Canadian Psychiatric Association
237 Argyle Street
Suite 200
Ottawa ON
K2P 1B8

Elisabeth Scarff
College of Nurses of Ontario
101 Davenport Road
Toronto ON
M5R 3P1

Brent Schacter
Manitoba Cancer Treatment
& Research Foundation
100 Olivia Street
ON-206
Winnipeg MB
R3E 0V9

Lil Selby
Canadian Mental Health Association
British Columbia Division
1032 West 45th Avenue
Vancouver BC
V6M 2T6

John C. Service
Canadian Psychological Association
151 Slater Street
Suite 205
Ottawa ON
K1P 5H3

Mary Shamley
Ontario Cancer Treatment
& Research Foundation
747 Hyde Park Road
Suite 206
London ON
N6H 3S3

Marsha Sharp
Canadian Dietetic Association
480 University Avenue
Suite 601
Toronto ON
M5G 1V2

Eric Single
Canadian Centre on Substance Abuse
100 College Street
Suite 511
Toronto ON
M5C 1L5

Eldon R. Smith
University of Calgary
3330 Hospital Drive NW
Calgary AB
T2N 4N1

Heather Smith
United Nurses of Alberta
10611-98 Avenue
9th Floor
Edmonton AB
T5K 2P7

Bruce Squires
NFLD & Labrador Medical Association
164 MacDonald Drive
St. John's NF
A1A 4B3

Jeanie Stann
Canadian Palliative Care Association
Saskatoon City Hospital
701 Queen Street
Saskatoon SK
S7K 0M7

Miriam J. Stewart
Atlantic Health Promo. Research Ctre
Dalhousie University
5981 University Ave.
Room 5200 Dentistry
Halifax NS
B3H 3J5

The Honourable Dr. Ron Stewart
Minister of Health
Province of Nova Scotia
4th Floor, Joseph Howe Bldg.
1690 Hollis St., P.O. Box 488
Halifax NS
B3J 2R8

Dinah Stocker
Institute of Biomedical Engineering
C/O Stan Cassidy Centre for Rehabilitation
180 Woodbridge Street
Fredericton NB
E3B 4R3

Nancy Swainson
Health Canada
1906A1, Jeanne Mance Building
Tunney's Pasture
Ottawa ON
K1A 1B4

Diana Swift
The Medical Post
777 Bay Street
Toronto ON
M5W 1A7

William G. Tholl
Heart & Stroke Foundation of Canada
160 George Street
Suite 200
Ottawa ON
K1N 9M2

Sharon Thurston
Boyle McCaulley Health Centre
10628-96th Street
Edmonton AB
T5H 2J2

Anne Titcomb
B.C. Recreation & Parks Association
2264 Jefferson Avenue
West Vancouver BC
V7V 2A8

J. T. Turner
Multi-disciplinary Group for Pain Management , Health & Wellness
1406 William Avenue
Winnipeg MB
R3E 1A3

Christine Vanderloo
Health Canada
0911A, Brooke Claxton Building
Tunney's Pasture
Ottawa ON
K1A 0K9

Dawn Walker
Canadian Assoc. for Community Care
45 Rideau Street
Ottawa ON
K1N 5W8

Jeanette Walsh
Assoc. of Registered Nurses of NFLD
PO Box 6116, 55 Military Road
St. John's NF
A1C 5X8

Peter Walsh
Canadian Nursing Students Association
85 Sadlee Cove Crescent
Scarborough ON
M1V 1Y3

Margaret Webb
Labrador Inuit Health Commission
Nain
Labrador NF
A0P 1L0

Anne Weir
Canadian Society of Respiratory Therapists
c/o St.Joseph Health Centre / Respiratory Services
30 The Queensway
Toronto ON
M6R 1B5

Ulrich Wendt
Manitoba Health
c/o Room 308 Legislative Building
450 Broadway
Winnipeg MB
R3C 0V8

R.K. Whyte
Canadian Cochrane Network & Centre
Dalhousie University, 1WK-Grace Health Centre
5980 University Avenue
Halifax NS
B3H 4N1

Blossom Wigdor, PhD
Canadian Association on Gerontology
c/o Ctre for studies of aging, Univ. of Toronto
222 College, Suite 106
Toronto ON
M5T 3J1

Cynthia Wiggins
Canadian Labour Congress
Social & Economic Policy Dept.
2841 Riverside Drive
Ottawa ON
K1V 8X7

Marjorie Willison
Public Health Assoc. of Nova Scotia
40 Rockingstone Road
Halifax NS
B3R 2C6

Bill Wilson
Canadian Pharmaceutical Association
602 Antigua Crescent
Oshawa ON
L1J 6B4

Rachel Bénard
National Forum on Health
Forum national sur la santé
P.O. / B.P. 2798
200 rue Kent Street
Ottawa ON
K1P 6H4

Rod Brazier
Intersol
350 Sparks Street
Suite 907
Ottawa ON
K1R 7S8

John Butcher
Intersol
350 Sparks Street
Suite 907
Ottawa ON
K1R 7S8

Lyle Cameron
Intersol
350 Sparks Street
Suite 907
Ottawa ON
K1R 7S8

Jocelyne Cardinal
Les événements Opus 3 inc.
4020, St-Ambroise
Bureau 453
Montréal QC
H4C 2C7

Hazel Cole-Egan
ISTS Telav Audio-visual services
2295 St. Laurent Blvd.
Ottawa ON
K1G 4H6

Carmen Connolly
National Forum on Health
Forum national sur la santé
P.O. / B.P. 2798
200 rue Kent Street
Ottawa ON
K1P 6H4

Lise Corbett
National Forum on Health
Forum national sur la santé
P.O. / B.P. 2798
200 rue Kent Street
Ottawa ON
K1P 6H4

John Dossetor
National Forum on Health
Forum national sur la santé
P.O. / B.P. 2798
200 rue Kent Street
Ottawa ON
K1P 6H4

Monte Doyle
Intersol
350 Sparks Street
Suite 907
Ottawa ON
K1R 7S8

Kayla Estrin
National Forum on Health
Forum national sur la santé
P.O. / B.P. 2798
200 rue Kent Street
Ottawa ON
K1P 6H4

Sandra Fairman
ISTS Telav Audio-visual services
2295 St. Laurent Blvd.
Toronto ON
K1G 4H6

Rhonda Ferderber
National Forum on Health
Forum national sur la santé
P.O. / B.P. 2798
200 rue Kent Street
Ottawa ON
K1P 6H4

Louise Forgues
Les événements Opus 3 inc.
4020, St-Ambroise
Bureau 453
Montréal QC
H4C 2C7

Marie E. Fortier
National Forum on Health
Forum national sur la santé
P.O. / B.P. 2798
200 rue Kent Street
Ottawa ON
K1P 6H4

Roger Fortin
Intersol
350 Sparks Street
Suite 907
Ottawa ON
K1R 7S8

Mark Fulton
Intersol
350 Sparks Street
Suite 907
Ottawa ON
K1R 7S8

Annie Gauvin
National Forum on Health
Forum national sur la santé
P.O. / B.P. 2798
200 rue Kent Street
Ottawa ON
K1P 6H4

Pat Giesler
National Forum on Health
Forum national sur la santé
P.O. / B.P. 2798
200 rue Kent Street
Ottawa ON
K1P 6H4

Jonathan Goldbloom
Le Groupe Columbia
1350 Sherbrooke West
Room 1500
Montréal QC
H3G 1J1

Janice Hopkins
National Forum on Health
Forum national sur la santé
P.O. / B.P. 2798
200 rue Kent Street
Ottawa ON
K1P 6H4

Frances Horibe
Intersol
350 Sparks Street
Suite 907
Ottawa ON
K1R 7S8

Doron Horowitz
ISTS Telav Audio-visual services
2295 St.Laurent Blvd.
Toronto ON
K1G 4H6

Doug Jordan
Intersol
350 Sparks Street
Suite 907
Ottawa ON
K1R 7S8

Barry Keith
Intersol
350 Sparks Street
Suite 907
Ottawa ON
K1R 7S8

Ken Kirk
Intersol
350 Sparks Street
Suite 907
Ottawa ON
K1R 7S8

Roland Marcoux
Intersol
350 Sparks Street
Suite 907
Ottawa ON
K1R 7S8

Michael Mendelson
62 Wellesley West
Suite 703
Toronto ON
M5S 2X3

V. Nash-Moore
Intersol
350 Sparks Street
Suite 907
Ottawa ON
K1R 7S8

Ann Normandin
Health Canada
Brooke Claxton Building
Tunney's Pasture, 13th -0913-A
Ottawa ON
K1A 0K9

Lise Pigeon
Intersol
350 Sparks Street
Suite 907
Ottawa ON
K1R 7S8

Marcel Saulnier
National Forum on Health
Forum national sur la santé
P.O. / B.P. 2798
200 rue Kent Street
Ottawa ON
K1P 6H4

Gary Skakle
Intersol
350 Sparks Street
Suite 907
Ottawa ON
K1R 7S8

Sylvie Soth
ISTS Telav Audio-visual services
2295 St.Laurent Blvd.
Toronto ON
K1G 4H6

Linda St-Amour
National Forum on Health
Forum national sur la santé
P.O. / B.P. 2798
200 rue Kent Street
Ottawa ON
K1P 6H4

Judith St-Pierre
National Forum on Health
Forum national sur la santé
P.O. / B.P. 2798
200 rue Kent Street
Ottawa ON
K1P 6H4

Marc Valois
Intersol
350 Sparks Street
Suite 907
Ottawa ON
K1R 7S8

Josée Van Ameringan
ISTS Telav Audio-visual services
2295 St. Laurent Blvd.
Toronto ON
K1G 4H6

Frank Van Gool
Intersol
350 Sparks Street
Suite 907
Ottawa ON
K1R 7S8

Tim Weir
National Forum on Health
Forum national sur la santé
P.O. / B.P. 2798
200 rue Kent Street
Ottawa ON
K1P 6H4

Warren Wilson
Intersol
350 Sparks Street
Suite 907
Ottawa ON
K1R 7S8